

Universidade de Brasília  
Instituto de Ciências Sociais  
Centro de Pesquisa e Pós-Graduação sobre as Américas  
Programa de Pós-graduação em Estudos Comparados sobre as Américas

CONTROLE SOCIAL E RESPONSABILIZAÇÃO FAMILIAR:  
A ADMINISTRAÇÃO DA EMERGÊNCIA PSIQUIÁTRICA  
EM BRASÍLIA E NA CIDADE DO MÉXICO

*Janaina de Cássia Carvalho*

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Estudos Comparados sobre as Américas do Centro de Pesquisa e Pós-graduação sobre as Américas como requisito à obtenção do título de Doutor (a) em Ciências Sociais.

**Brasília**  
**Agosto/2006**

## **BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Dra. Lia Zanotta Machado (Presidente)

---

Profa. Dra. Carla Costa Teixeira

---

Profa. Dra. Cynthia A. Sarti

---

Profa. Dra. Lourdes Maria Bandeira

---

Prof. Dr. Luiz Roberto Cardoso de Oliveira

---

Profa. Dra. Eurípedes da Cunha Dias (suplente)

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço aos familiares, especialmente, a Francisca, minha mãe, pelo apoio incondicional; a Vanessa, pelo carinho e pelo cuidado, principalmente, agora, no período de escrita da tese; a Julião, pela saudável presença e a José, meu pai, pelo apoio logístico nos últimos meses. E no México, agradeço a toda a família Gluyas Millán: Georgina, tanto a mãe quanto a filha, Lavínia e Jacobo, que me fizeram parte de sua família. Especialmente, agradeço a Ricardo Gluyas Millán, pela recepção, pelo companheirismo, pela generosidade, pela amizade, por me permitir fazer parte de sua família e pelo apoio sem o qual a realização da investigação na Cidade do México teria ficado bastante comprometida.

Gostaria de agradecer também a Lia Zanotta Machado, minha orientadora, por haver me acolhido, em 2003, e pelas críticas, pelas valiosas sugestões e pelo estímulo com os quais me auxiliou desde então. Mas, especialmente, agradeço a generosidade e a compreensão que pautou não somente o acolhimento inicial, mas toda a nossa relação no processo de orientação. No México, agradeço a Sérgio Lerín Piñon, por haver aceitado a orientação, proporcionando valioso apoio institucional, sem o qual não teria sido possível a realização da pesquisa.

Não poderia esquecer de meus colegas de doutorado que, em alguns casos ao longo de todo o curso, em outros, em momentos específicos, estiveram presentes partilhando tanto momentos acadêmicos quanto momentos pessoais: Chico Campos, hoje um grande amigo, Cristina Zackzeski, outro encontro especial proporcionado pelo doutorado, Rosani Leitão e Jean Paraíso, pela generosidade e pelas valiosas indicações quando da viagem para o México, a Ivete Vallejo, pelas discussões acadêmicas e pelo companheirismo, a Jacques, France e Lucíola, pelo companheirismo dos primeiros tempos.

Não poderia deixar de fazer um agradecimento especial e cheio de saudades ao Prof. Roberto Cardoso de Oliveira, pelas valiosas sugestões e críticas apresentadas na banca de qualificação do projeto, especialmente, pela generosidade e respeito com que o fazia. Agradeço, igualmente, aos valiosos

comentários, críticas e sugestões feitos pela Profa. Lourdes Bandejas, nessa mesma banca.

Aos funcionários do CEPPAC, pelas importantes informações burocráticas prestadas e pelos valiosos auxílios no encaminhamento dos processos. Devo fazer um agradecimento especial a Xuxa e Silvana, que além das informações e auxílios, também foram companheiras.

Aos funcionários do Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (Ciesas) pela boa recepção, pelo auxílio e por informações diversas que, inclusive, ultrapassavam o âmbito de suas atividades funcionais. Principalmente agradeço a Luz Maria, secretária dos pesquisadores, a Maria Asunción, da Directoría Acadêmica e a todos os funcionários do setor de empréstimo e atendimento ao público da Biblioteca Angel de Palerm, pela prestatividade e disposição em auxiliar-me. Finalmente, agradeço, de maneira geral, todo o apoio institucional concedido pelo Ciesas.

O auxílio das fontes financiadoras foi, durante toda a realização do curso e, especialmente, durante o trabalho de campo, imprescindível. Por isso agradeço a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela concessão da bolsa no Brasil e pela da bolsa de Estágio de Doutorando, para a realização do trabalho de campo no México. Ao auxílio de pesquisa concedido pelo CEPPAC, durante a realização do trabalho de campo em Brasília, bem como os auxílios para a participação em eventos durante todo o curso.

Finalmente gostaria de agradecer a todos os funcionários das instituições onde realizei trabalho de campo. Em Brasília, especialmente, agradeço a disposição do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal e seus agentes que, pela segunda vez, me receberam em um de seus quartéis. No México, agradeço, aos funcionários da Subsecretaria de Seguridad Pública del Distrito Federal por apoiar contatos e autorizações; aos funcionários do Escuadrón de Rescate y Urgencia Médica, pela excelente acolhida, pela disposição e por partilhar a cotidianidade de seu trabalho; aos funcionários do Juzgado Cívico Cuahutémoc 5; aos trabalhadores do Módulo de Salud Mental do Centro de Salud Dr. Gustavo Roberoza Perez e do Centro Toxicológico Xochimilco, pela confiança e paciência e ao Secretário do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Salud del Distrito Federal, pelo apoio no processo de autorização do projeto de pesquisa.

## RESUMO

O objetivo desta tese é comparar a administração das emergências psiquiátricas em Brasília e na Cidade do México. A partir da observação do atendimento às emergências psiquiátricas em instituições de saúde e segurança, em ambas as cidades, serão analisadas a forma processual da crise familiar e/ou comunitária, as perturbações físico-morais associadas à loucura, manejadas por familiares, pacientes e agentes institucionais no âmbito do atendimento, e a resposta das instituições e sua eficácia ante a demanda por atenção. A comparação da forma processual da crise familiar indica que seu surgimento se dá em função de um evento crítico, notadamente, um comportamento agressivo, sendo que a singularidade de cada evento reside na noção do que se considera estar dentro das margens do permitido e do normal, a qual está conformada por um conjunto de crenças e práticas culturais particulares. Semelhante também é o fato de que, em todos os casos que envolviam comportamentos agressivos, as famílias e grupos comunitários acionaram uma instituição em busca de auxílio com uma demanda específica, a saber: o encaminhamento e internação do paciente em uma unidade de saúde. O exame das perturbações físico-morais associadas à loucura revela que estas têm importância fundamental, na medida em que apóiam o procedimento classificatório com base no qual familiares e agentes institucionais reconhecem aquele caso como uma emergência psiquiátrica e decidem qual será o tipo de resolução e/ou atenção prestadas a ele. Essa análise apresenta um importante contraste: a associação entre embriagues e agressividade é considerada, em Brasília, por familiares e agentes institucionais, como emergência que deve receber atendimento no âmbito da saúde; já na Cidade do México, não há essa consideração nem pelos familiares e tampouco pelos agentes institucionais. As respostas das instituições às emergências psiquiátricas são diferentes, em Brasília e na Cidade do México. Em Brasília, a resposta dada aos casos está baseada na contenção física, na internação e na extinção dos sintomas, através da intervenção química. Na Cidade do México, baseia-se na devolução do “problema” para a família, indicando que ela deve agir por seus próprios meios. Comum a ambas encontra-se o fato de que tais respostas estão diretamente relacionadas às concepções de administração da loucura e do louco que já são seculares em cada uma dessas sociedades, revelando a permanência e continuidade de determinados saberes e práticas nesse âmbito. Não seria possível analisar as respostas institucionais às emergências psiquiátricas sem mencionar o atual momento de reforma dos serviços de atenção a saúde mental, pautado pelo paradigma da desinstitucionalização. De modo que, sob este ponto de vista, mas também com base nessa continuidade de determinadas formas de administração da loucura, é possível afirmar que tais respostas institucionais são restritas.

## RESUMEN

El objetivo de esta tesis es comparar la administración de las urgencias psiquiátricas en Brasilia y en Ciudad de México. Desde la observación de las atenciones a las urgencias psiquiátricas en instituciones de salud y seguridad, en ambas las ciudades, serán analizadas la forma procesal de la crisis familiar y/o comunitaria, las perturbaciones físico-morales asociadas a la locura, manejadas por familiares, pacientes y agentes institucionales en el ámbito de las atenciones, y la respuesta de las instituciones y su eficacia ante la demanda por atención. La comparación de la forma procesal de la crisis familiar indica que su surgimiento ocurre en función de un evento crítico, precisamente, el comportamiento agresivo, siendo que la singularidad de cada evento estriba en la noción de lo que considerase estar dentro de los márgenes del permitido y del normal, la cual está conformada por un conjunto de creencias y prácticas culturales particulares. Semejante también es el hecho de que, en todos los casos que involucraban comportamientos agresivos, las familias y grupos comunitarios accionaron una institución en la búsqueda de asistencia con una demanda específica, es decir: el encaminamiento y internamiento del paciente en una unidad de salud. El examen de las perturbaciones físico-morales asociadas a la locura revela que estas tienen importancia fundamental, en la medida en que apoyan el procedimiento clasificatorio a base de lo cual familiares y agentes institucionales reconocen aquel caso como una urgencia psiquiátrica y deliberan cuál será el tipo de resolución y/o atención brindadas a él. Ese análisis presenta un importante contraste: la asociación entre embriaguez y agresividad es considerada, en Brasilia, por los familiares y agentes institucionales, como urgencia que debe recibir atención en el ámbito de la salud; ya en la Ciudad de México, no hay esa consideración ni por lo familiares y tampoco por los agentes institucionales. Las respuestas institucionales a las emergencias psiquiátricas son diferentes, en Brasilia y en Ciudad de México. En Brasilia, la respuesta concedida a los casos está fundada en la contención física, en el internamiento y en la extinción de los síntomas, a través de la intervención química. En Ciudad de México, está apoyada en la devolución del "problema" para la familia, indicando que deben proceder por sus propios medios. Común a ambas encuentra el hecho de que tales respuestas están directamente relacionadas a las concepciones de administración de la locura y del loco, las cuales son seculares en cada una de las sociedades, revelando la permanencia y a la continuidad de determinados conocimientos y prácticas en ese ámbito. No sería posible analizar las respuestas institucionales a las urgencias psiquiátricas sin mencionar el actual momento de reforma de los servicios de atención a la salud mental, pautado por el paradigma de la desinstitutionalización. De manera que, bajo este punto de vista, pero también basados en esta continuidad de determinadas formas de administración de la locura, es posible decir que tales respuestas institucionales son restrictas.

## ABSTRACT

The objective of this thesis is to compare the administration psychiatric emergencies in Brasilia, Brazil, and Mexico City, Mexico. From the observation of psychiatric emergencies in health and security institutions in both cities, this work will analyze the procedural format of family and/or communitarian crisis, as well the physical-moral perturbations associated to folly, as maneuvered by families, patients and institutional agents in the ambit of services, and the response of institutions and the effectiveness in relation to a demand for attention. Comparison of the procedural format of family crisis indicates that its coming into being happens as a function of a critical event, notably, an aggressive behavior, and the uniqueness of each event resides in the notion of what is considered as being inside the margins of what is permitted or normal, which is conformed by a set of particular beliefs and cultural practices. Also similar is the fact that, in all cases that involved aggressive behaviors, families and communitarian groups resorted to an institution for help relating to a specific demand, that is to say: presentation and internment of the patient in a health unit. Examination of the physical-moral perturbation associated to folly reveals that such perturbation has a fundamental importance, to the extent that they support the classificatory procedures on the basis of which families and institutional agents recognize such a case as a psychiatric emergency and decide the type of resolution and/or attention rendered to the patient. This analysis presents an important contrast: the association between drunkenness and aggressiveness is considered, in Brasilia, by families and institutional agents, as emergency that should receive attention in the ambit of health; in Mexico City, on the other hand, there is not this kind of consideration by family members or by the institutional agents. The responses of the institutions to psychiatric emergencies, in Brasília and in México City, are different. In Brasilia, the response given to cases is based on physical contention, in internment and the extinction of symptoms by means of chemical intervention. In Mexico City, the response is based on returning the “problem” to the family, by indicating that the family should act by its own means. Common to both is the fact that such responses are directly related to the concepts of administration of madness and of the mad person already existing for centuries in both societies, indicating the permanence and continuity of certain knowledge and practices in such ambit. It would not be possible to analyze the institutional responses to psychiatric emergencies without mentioning the current situation of the reform in the attention services to mental health, attended as they are by the de- institutionalizing paradigm. Thus, according to this point of view, and also on the basis of the continuity of certain forms of the administration of madness, it is possible to affirm that such institutional responses are restricted.

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>11</b>
<b>COMPARANDO E APR(E)ENDENDO</b>	<b>11</b>
<b>CAPÍTULO 1</b>	<b>16</b>
<b>ADMINISTRAÇÃO DA LOUCURA, RITUAL E DRAMA SOCIAL</b>	<b>16</b>
<b>1.1 A ADMINISTRAÇÃO DAS EMERGÊNCIAS PSIQUIÁTRICAS E SUA ANÁLISE</b>	<b>16</b>
<b>1.2 REFORMA PSIQUIÁTRICA E A ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL: O PANO DE FUNDO DAS EMERGÊNCIAS PSIQUIÁTRICAS</b>	<b>26</b>
<b>CAPÍTULO 2</b>	<b>34</b>
<b>O TRABALHO DE CAMPO E O CONTEXTO DA ATENÇÃO À EMERGÊNCIA PSIQUIÁTRICA EM BRASÍLIA</b>	<b>34</b>
<b>2.1 A EMERGÊNCIA PSIQUIÁTRICA E O CONTEXTO DA SAÚDE MENTAL NO DISTRITO FEDERAL</b>	<b>34</b>
<b>2.2 OS CAMINHOS DO TRABALHO DE CAMPO, OS ESPAÇOS E OS AGENTES DA ATENÇÃO À EMERGÊNCIA PSIQUIÁTRICA</b>	<b>40</b>
<b>2.2.1 ANTECEDENTES EMPÍRICOS</b>	<b>42</b>
<b>2.2.2 A OBTENÇÃO DA AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DA PESQUISA JUNTO AO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL – CEP/SES</b>	<b>43</b>
<b>2.2.3 A OBTENÇÃO DA AUTORIZAÇÃO NO CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL (CBMDF)</b>	<b>49</b>
<b>2.2.4 ESPAÇO E TEMPO DO ATENDIMENTO ÀS EMERGÊNCIAS PSIQUIÁTRICAS NO CBMDF</b>	<b>54</b>
<b>2.2.5 O TRABALHO DE CAMPO, A INSERÇÃO E A INTERAÇÃO NO CBMDF</b>	<b>55</b>
O USO DE UNIFORMES	55
SUSPEIÇÃO	57
A INTERAÇÃO COM OS BOMBEIROS	60
QUESTÕES DE GÊNERO	63
<b>2.2.6 SETORES DE EMERGÊNCIA DO HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO (HSVP) E HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA (HRT).</b>	<b>68</b>
O SETOR DE EMERGÊNCIA E OS CONTATOS POSSÍVEIS	69
<b>CAPÍTULO 3</b>	<b>75</b>
<b>CONTENÇÃO, INTERNAÇÃO E EXTINÇÃO DE SINTOMAS: A ADMINISTRAÇÃO DA EMERGÊNCIA PSIQUIÁTRICA EM BRASÍLIA</b>	<b>75</b>
<b>3.1 EVENTO COMUNICATIVO 1 - “ELA NÃO TEM PROBLEMA MENTAL, ELA É ALCOÓLATRA”</b>	<b>76</b>

PRIMEIRA FASE – PREPARATIVOS: O USO DE LINGUAGEM RITUAL ESPECÍFICA	76
SEGUNDA FASE – CLASSIFICAÇÃO: (RE) CLASSIFICANDO LUIZA	79
TERCEIRA FASE – ENCAMINHAMENTOS: NÃO É CASO PARA ENCAMINHAMENTO ATRAVÉS DOS BOMBEIROS	91
QUARTA FASE – ENCERRAMENTO: ORIENTAÇÃO	94
ANÁLISE DO <i>DRAMA SOCIAL</i>	95
RECAPITULANDO – FORMA PROCESSUAL DO RITUAL	97
<b>3.2 EVENTO COMUNICATIVO 2 – “O ALBERGUE ESTAVA QUERENDO SE VER LIVRE DELES”</b>	<b>99</b>
PRIMEIRA FASE – PREPARATIVOS: O USO DAS LUVAS	99
SEGUNDA FASE – CLASSIFICAÇÃO: “O PACIENTE É MÃE OU FILHO?”	101
TERCEIRA FASE – ENCAMINHAMENTOS: O ENCAMINHAMENTO PARA HSVP	104
QUARTA FASE - ENCERRAMENTO: RESPONDENDO AO SINTOMA	111
ANÁLISE DO <i>DRAMA SOCIAL</i>	114
RECAPITULANDO – FORMA PROCESSUAL DO RITUAL	116
<b>3.3 EVENTO COMUNICATIVO 3 – “ELE ESTÁ COM A PUPILA DILATADA, TAMBÉM USOU DROGA”.</b>	<b>119</b>
PRIMEIRA FASE – PREPARATIVOS: ANOTAÇÃO DO ENDEREÇO E O DESLOCAMENTO	119
SEGUNDA FASE – CLASSIFICAÇÃO: O EXAME DAS PUPILAS	120
TERCEIRA FASE – ENCAMINHAMENTOS: O ENCAMINHAMENTO PARA O HRT	121
QUARTA FASE - ENCERRAMENTO: RESPONDENDO AO SINTOMA	126
ANÁLISE DO <i>DRAMA SOCIAL</i>	128
RECAPITULANDO – FORMA PROCESSUAL DO RITUAL	129
<b>3.4 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>132</b>
FORMA PROCESSUAL DO RITUAL	132
A EFICÁCIA DA AÇÃO RITUAL E A RESPOSTA INSTITUCIONAL	134
ANÁLISE DA CRISE FAMILIAR	143
AS <i>PERTURBAÇÕES FÍSICO-MORAIS</i> ASSOCIADAS À CATEGORIA <i>PACIENTE PSIQUIÁTRICO</i>	144
AS <i>PERTURBAÇÕES FÍSICO-MORAIS</i> ASSOCIADAS À LOUCURA E MANEJAS POR FAMILIARES E PACIENTES	151
<b>CAPÍTULO 4</b>	<b>153</b>
<b>PERSEGUINDO O OBJETO: O CONTEXTO DA ATENÇÃO À EMERGÊNCIA PSIQUIÁTRICA NA CIDADE DO MÉXICO</b>	<b>153</b>
<b>4.1 O CONTEXTO DA ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL NA CIDADE DO MÉXICO</b>	<b>153</b>
<b>4.2 PROCURANDO O OBJETO: OS CAMINHOS DO TRABALHO DE CAMPO E A BUSCA PELOS ESPAÇOS DE ATENÇÃO À EMERGÊNCIA PSIQUIÁTRICA.</b>	<b>159</b>
A CENTRAL DE COMUNICAÇÕES DA SECRETARIA DE SEGURIDAD PÚBLICA DEL DISTRITO FEDERAL – CENTRAL 060	160
ESCUADRÓN DE RESCATE Y URGENCIAS MÉDICAS (ERUM)	168
JUZGADOS CÍVICOS	173
UNIDADES DE SAÚDE DA SECRETARIA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL	180
CENTRO TOXICOLÓGICO XOCHIMILCO	182
MÓDULO DE SALUD MENTAL DEL CENTRO DE SALUD DR. GUSTAVO R. PEREZ	185
<b>4.3 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>186</b>

<b>O CUIDADO DO LOUCO COMO COMPETÊNCIA E RESPONSABILIDADE DA FAMÍLIA: A ADMINISTRAÇÃO DA EMERGÊNCIA PSIQUIÁTRICA NA CIDADE DO MÉXICO.</b>	<b>193</b>
<b>5.1 SELEÇÃO DOS CASOS</b>	<b>193</b>
<b>5.2 EVENTO COMUNICATIVO 4 – “LO QUE RECOMENDAMOS ES QUE SE LO LLEVEN POR SUS PROPIOS MEDIOS, PORQUE NO NOS CORRESPONDE”</b>	<b>195</b>
PRIMEIRA FASE – PREPARATIVOS: O DESLOCAMENTO E O USO DO MAPA	195
SEGUNDA FASE – CLASSIFICAÇÃO: OS INDÍCIOS DA EMERGÊNCIA PSIQUIÁTRICA	196
TERCEIRA FASE – ENCAMINHAMENTO: “NO PODEMOS TRASLADARLO PORQUE ESTÁ AGRESIVO”	197
QUARTA FASE – ENCERRAMENTO: ORIENTANDO...	206
ANÁLISE DO <i>DRAMA SOCIAL</i>	208
RECAPITULANDO – FORMA PROCESSUAL DO RITUAL	210
<b>5.3 EVENTO COMUNICATIVO 5 – OS HOSPITAIS NÃO RECEBEM EMBRIAGADOS, DROGADOS E AGRESSIVOS</b>	<b>213</b>
PRIMEIRA FASE – PREPARATIVOS: DESLOCANDO...	213
SEGUNDA FASE – CLASSIFICAÇÃO: ENTRE O DITO E O OMITIDO	213
TERCEIRA FASE – ENCAMINHAMENTOS: LIMPEZA E AVALIAÇÃO	215
QUARTA FASE – ENCERRAMENTO: DELIBERAÇÃO	217
ANÁLISE DO <i>DRAMA SOCIAL</i>	219
RECAPITULANDO – FORMA PROCESSUAL DO RITUAL	220
<b>5.4 EVENTO COMUNICATIVO 6 – DEVOLVENDO O “PROBLEMA” PARA A FAMÍLIA</b>	<b>221</b>
PRIMEIRA FASE – PREPARATIVOS: ENTRADA NO TEMPO E NO ESPAÇO DO RITUAL	221
SEGUNDA FASE – CLASSIFICAÇÃO: AUTOCARACTERIZAÇÃO E (DES)CLASSIFICAÇÃO	222
TERCEIRA FASE – ENCAMINHAMENTOS: A DEVOLUÇÃO PARA A FAMÍLIA	229
QUARTA FASE - ENCERRAMENTO: A RETIRADA DO ESPAÇO E DO TEMPO DO RITUAL	233
ANÁLISE DO <i>DRAMA SOCIAL</i>	234
RECAPITULANDO – FORMA PROCESSUAL DO RITUAL	236
<b>5.5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>239</b>
FORMA PROCESSUAL DO RITUAL	239
A EFICÁCIA DA AÇÃO RITUAL E A RESPOSTA INSTITUCIONAL	242
ANÁLISE DA CRISE FAMILIAR	246
CONCEPÇÕES E IDÉIAS ASSOCIADAS ÀS PERTURBAÇÕES FÍSICO-MORAIS	249
<b>CONCLUSÃO</b>	<b>255</b>
<b><u>A ADMINISTRAÇÃO DA EMERGÊNCIA PSIQUIÁTRICA EM PERSPECTIVA COMPARADA</u></b>	<b><u>255</u></b>
COMPARANDO A RESPOSTA INSTITUCIONAL E SUA EFICÁCIA	256
A CRISE FAMILIAR E/OU COMUNITÁRIA	262
O LEQUE DAS PERTURBAÇÕES FÍSICO-MORAIS E O RECONHECIMENTO DA EMERGÊNCIA PSIQUIÁTRICA	264
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>273</b>

## INTRODUÇÃO

### COMPARANDO E APR(E)ENDENDO

A idéia da loucura como uma alteração basicamente orgânica, à maneira de uma disfunção, está presente no saber e no discurso médico-científico, perpassando os mais diversos segmentos das sociedades em que a biomedicina tornou-se o sistema oficial e predominante de cura. Deste modo, a loucura está situada no campo discursivo relativo à saúde e à doença e reconhecida como um estado de anormalidade. Apesar de hegemônica, essa percepção não é a única acionada quando um indivíduo, um grupo familiar ou uma instituição depara-se com uma situação, circunstância ou estado que classifica como um caso de loucura.

A essa percepção da loucura, dita objetiva, outras se associam e tornam-se, inclusive, determinantes na definição de um evento como um caso relacionado à loucura, em detrimento da percepção biomédica e psiquiátrica. Essas diferenças expressam-se na forma como cada grupo transforma a experiência do outro em uma realidade reconhecida como loucura e na forma como administram aquela situação. O que se deseja com isso é ressaltar que a loucura não existe de forma absoluta e objetiva, tal como se poderia pensar, mas, ao contrário, relativamente a um contexto cultural, social e histórico específico, bem como as suas diversas formas de administração.

De modo que a percepção da loucura como doença mental, fraqueza humana, vício, erro, defeito, desvio, fúria, degeneração, falta de razão e etc. são

construções de determinadas sociedades ou grupos em um determinado contexto sócio-cultural e em uma determinada época. Associadas a cada uma delas também foram construídos aparatos que fossem capazes de administrá-las e que, igualmente, obedecessem ou estivessem informados por aquele contexto sócio-cultural e histórico específico. Neste trabalho, a atenção está focada na administração da loucura em uma situação considerada como crítica, a saber: a emergência psiquiátrica. Trata-se do momento em que um grupo familiar e/ou comunitário identifica aquela circunstância como relacionada à loucura e reconhece a falta ou esgotamento de recursos para manejá-la, por isso, solicita auxílio externo, recorrendo às instituições que prestam atenção tanto hospitalar quanto pré-hospitalar.

A emergência psiquiátrica como objeto de estudo surgiu, em 2000, quando ingressei em um dos grupos de pesquisa do Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre a Mulher da Universidade de Brasília (NEPeM/UnB). Pesquisadores do Núcleo acompanhando as atividades do Corpo de Bombeiro Militar do Distrito Federal (CBMDF), em que buscavam perceber como eram construídas as idéias de transgressão e criminalidade na resolução de conflitos interpessoais, verificaram a existência de um número significativo de ocorrências denominadas de *paciente psiquiátrico*. Tais ocorrências, de acordo com a descrição dos pesquisadores, envolviam uma série de situações conflituosas, cujo indivíduo produtor dos conflitos era identificado por familiares e bombeiros como alguém que estava fora de um estado considerado como normal. Em 2001, iniciei uma pesquisa, cujo objetivo era entender a construção social da loucura envolvida nos atendimentos denominados de *paciente psiquiátrico*, a qual enfatizou exclusivamente as percepções manejadas pelos agentes do CBMDF.

Posteriormente, meu ingresso no programa de doutorado, o qual previa a realização de um estudo comparativo entre países das Américas, propiciou o desenvolvimento de uma pesquisa sobre as percepções relacionadas à loucura em situações de emergência psiquiátrica em perspectiva comparada. O que se configurou como uma oportunidade para a constatação que, de fato, conforme nos informa Foucault, a loucura não existe de forma absoluta, mas relativamente a um contexto cultural, social e histórico específico. Isto é, tratava-se de comparar a

concepção de loucura, em uma situação específica, a emergência psiquiátrica, em contextos sócio-culturais e históricos diferentes.

Entretanto, esse não foi o único ganho advindo do estudo comparativo. Ao longo da realização da pesquisa na Cidade do México ganhou importância e foi sendo construída a temática da resposta institucional e sua eficácia, a qual tornou-se central no desenvolvimento da tese. E, além disso, auxiliou no processo de relativização, estranhamento e, conseqüentemente, na análise dos dados coletados durante a realização da pesquisa em Brasília, onde tal temática estava presente, mas talvez uma miopia etnográfica – ou da etnógrafa – a impediu de emergir.

De maneira que, a temática das concepções de loucura manejadas nas situações de emergência psiquiátrica foi deslocada de sua centralidade para ceder espaço às temáticas da crise familiar e da resposta institucional e sua eficácia. Dito do outro modo, no âmbito do trabalho, a temática das concepções de loucura, ao ser inter-relacionada à crise familiar e à resposta institucional, teve sua centralidade redimensionada. De modo que, agora, sua importância residia no fato de que ela era um componente básico dos processos de classificatórios, com base nos quais os familiares e agentes institucionais reconheciam que se tratava de um caso de emergência psiquiátrica e decidiam sobre o tipo de resolução ou atenção que seria dada ao caso.

A investigação realizada na Cidade do México não somente retirou a centralidade, anteriormente, concedida às concepções de loucura, redimensionando-a, mas ao ressaltar a importância das duas outras temáticas fez que o objeto de estudo e sua análise fossem reconstruídos de modo a congregar e inter-relacionar todas essas temáticas. Assim, o objetivo desta tese é comparar a administração das emergências psiquiátricas em Brasília e na Cidade do México, por meio da análise da resolução da crise familiar e/ou comunitária, da resposta institucional e sua eficácia e das perturbações físico-morais associadas à loucura.

O Capítulo 1 – *Administração da loucura, ritual e drama social* – apresenta no primeiro tópico uma discussão sobre a construção histórico-cultural da loucura e suas formas de administração, enfatizando que o reconhecimento e administração de um caso considerado como emergência psiquiátrica acionam e

põem em relevo determinados saberes e práticas sobre a administração da loucura vigentes naquele grupo ou sociedade, daí a importância da comparação. Na seqüência, apresenta-se o instrumental analítico em que os conceitos de *drama social* de Turner (1957), de ritual de Tambiah (1985) e de perturbações físico-morais de Duarte (1986) são as principais ferramentas, enfatizando a análise processual da crise e da ação social desenvolvida para sua resolução. O segundo tópico dedica-se à apresentação e discussão da reforma psiquiátrica, do paradigma da desinstitucionalização e sua implementação nos países em estudo e da inclusão do México no estudo comparativo.

O Capítulo 2 – *O trabalho de campo e o contexto da emergência psiquiátrica em Brasília* – inicia com a contextualização do sistema de atenção à saúde mental no Distrito Federal no âmbito da Política Nacional de Saúde Mental vigente no Brasil. Posteriormente, o capítulo dedica-se à descrição e análise de temáticas relevantes do trabalho de campo como o processo de autorização da pesquisa junto ao Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (CEP/SES). Outros temas, tais como a inserção e a interação junto ao Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal, (CBMDF) também foram analisados com o objetivo de ressaltar aspectos da cultura e da identidade da corporação. Além disso, ainda são examinados os contatos estabelecidos com os profissionais dos setores de emergências dos hospitais.

O Capítulo 3 – *Contenção, internação e extinção de sintomas: a administração da emergência psiquiátrica em Brasília* – analisa três atendimentos a emergências psiquiátricas realizados pelos agentes do CBMDF. A análise de cada caso está dividida em duas partes. A primeira examina o ritual de atendimento em quatro fases, cujo objetivo primordial é analisar a resposta das instituições e sua eficácia ante a demanda pela prestação de um serviço, bem como delinear as perturbações físico-morais associadas à loucura manejadas por familiares, pacientes e agentes institucionais no contexto do atendimento. Na segunda parte, é empreendida a análise da crise familiar. Ao final, há uma seção destinada às considerações finais em que são sintetizadas as principais análises desenvolvidas no decorrer do capítulo.

O Capítulo 4 – *Perseguindo o objeto: o contexto da atenção à emergência psiquiátrica na Cidade do México* – apresenta inicialmente um panorama da

atenção à saúde mental no México e no Distrito Federal, especificamente, a partir de uma avaliação realizada pela Organización Panamericana de Salud (OPS), a pedido do governo mexicano, que se pautou pelo paradigma da desinstitucionalização proposto pela reforma psiquiátrica. Posteriormente, há uma descrição do percurso percorrido com a intenção de encontrar a instituição (ou as instituições) que, na Cidade do México, poderia brindar atenção aos casos de emergência psiquiátrica. Essa descrição tornou-se necessária na medida em que esta peregrinação por diversas instituições concedeu singularidade à investigação realizada na Cidade do México, já que revelou não só a estruturação da atenção a saúde mental no Distrito Federal, mas também uma atitude cultural em relação à loucura.

O Capítulo 5 – *O cuidado do louco como competência e responsabilidade da família: a administração da emergência psiquiátrica na Cidade do México* - analisa três atendimentos a emergências psiquiátricas, dois deles realizados pelos agentes do Escuadrón de Rescate y Urgencia Médica (ERUM) e um realizado por uma psiquiatra do Módulo de Salud Mental do Centro de Salud Dr. Gustavo Roberoza Perez. A análise empreendida neste capítulo segue a mesma estrutura daquela realizada no Capítulo 3. Isto é, cada atendimento a emergência psiquiátrica é examinado com base na análise de rituais, buscando cumprir os objetivos acima mencionados e, posteriormente, é empreendida a análise da crise familiar. Ao final, também há uma seção destinada às considerações finais em que são sintetizadas as principais análises desenvolvidas no decorrer do capítulo.

A Conclusão, intitulada *A administração da emergência psiquiátrica em perspectiva comparada*, além de sintetizar os achados relativos às formas específicas de administração das emergências psiquiátricas em Brasília e na Cidade do México, realiza também o processo comparativo dessas formas de administração, ressaltando tanto contrastes quanto semelhanças.

Cabe ressaltar que todos os nomes presentes nas etnografias são fictícios, com o objetivo de preservar o anonimato dos sujeitos de pesquisa com os quais tive contato durante a realização do trabalho de campo em ambas as cidades. Além disso, procurei eliminar das etnografias quaisquer outros dados que pudessem gerar alguma identificação, a fim cumprir o compromisso ético assumido junto ao sujeitos de pesquisa, em que lhes garanti o anonimato.

## CAPÍTULO 1

### ADMINISTRAÇÃO DA LOUCURA, RITUAL E DRAMA SOCIAL

#### 1.1 A administração das emergências psiquiátricas e sua análise

Neste trabalho parte-se do entendimento de que a loucura é histórico-socialmente construída: cada grupo, à sua maneira e através de processos diversos, irá atribuir-lhe determinados significados, o que se opõe à idéia da loucura ser, basicamente, um distúrbio com base biológica; e determinadas formas de administração<sup>1</sup>. Os significados sociais perpassam toda a cultura, toda forma como percebemos e concebemos o mundo, por isso, estão, igualmente, subjacentes ao processo de concepção e administração da loucura, incluindo o saber e a prática médico-psiquiátricos. Esse tem sido o argumento central das Ciências Sociais para as questões referentes à saúde/doença: esses processos estão imersos em contextos histórico-sociais envolvendo, portanto, significados,

---

<sup>1</sup> A opção pelo uso do termo administração deve-se ao fato de que a palavra tratamento remete a uma semântica do universo médico-psiquiátrico e, mais especificamente, a um tratamento farmacológico, o que poderia gerar uma restrição do sentido. O trabalho pretende ultrapassar essa percepção, no sentido de que não se quer restringir e associar de forma direta a gestão de uma situação relacionada à loucura ao recurso do tratamento farmacológico. De modo que, a palavra administração não restringe o sentido, ao contrário remete a multiplicidade de formas por meio da quais se pode lidar com esse evento. Esta opção também foi inspirada na tese de doutorado de Nascimento (2003), em que o autor examina e compara a administração de conflitos interpessoais por agentes de segurança pública em Brasília e Ottawa.

interpretações e ações que foram organizados e constituídos sócio-historicamente<sup>2</sup>.

Neste sentido, a loucura<sup>3</sup> suscitou um forte interesse das Ciências Sociais muito em função do fato de que esta talvez tenha uma dimensão biológica menos evidente e sujeita a muitas controvérsias dentro da biomedicina, enquanto que seus aspectos sociais e culturais são mais acentuados (SOUZA, 1999, p.139). Nesse contexto, não só a loucura, mas também as instituições, seus agentes e práticas destinadas a administrá-la tornam-se objetos de estudo, cuja análise está pautada por uma relativização dessa realidade, das concepções e recursos empregados em seu manuseio. Assim, sem negar a possibilidade de um substrato biológico para a loucura, entende-se que ela é também um fenômeno sócio-cultural e traz consigo as marcas da sociedade em que foi criada.

Foucault (1978) procura mostrar como o processo histórico de criação da loucura enquanto uma doença acompanhou as mudanças na forma de organização das instituições asilares, desde o final da Idade Média até o nascimento da experiência Clássica da loucura, e indica como o desenvolvimento da estrutura asilar esteve relacionado com o projeto moral e disciplinar da sociedade ocidental. Para Foucault, o importante é perceber que a medicina, a psiquiatria e as próprias ciências humanas, em nossa cultura, batalham na perspectiva do disciplinamento das mentes e corpos dos indivíduos a fim de torná-los dóceis.

Em *a História da Loucura*, Foucault apresenta uma análise histórica dos discursos e práticas institucionais relativos à loucura, mostrando que se por um lado a loucura teve concepções e configurações diversas ao longo dos tempos, por outro, a forma de administrá-la sempre foi marcada pela exclusão e pelo isolamento, através da internação. O autor segue apontando que a loucura compreendida como uma doença mental é uma invenção de uma sociedade em

---

<sup>2</sup> Duarte (1998) critica os estudos “experencialistas” por se concentrarem apenas no caráter momentâneo sem considerar o contexto histórico ao qual se liga aquela experiência. Nesse sentido, incorporo a crítica de Duarte, atentando para o fato de que as experiências vividas pelas pessoas, nas cenas de emergência psiquiátrica, estão relacionadas e fundamentadas por conceitos de longa duração como, por exemplo, a percepção da loucura associada, nas sociedades modernas ocidentais, à noção de doença mental, conforme indicou Foucault (1978).

<sup>3</sup> O uso do termo loucura é aqui utilizado de forma a designar não somente a sua concepção moderna, a doença mental, mas também a percepção de outros estados ou circunstâncias que estão relacionados à loucura, mas cujo substrato orgânico não está presente ou é menos evidente.

uma determinada época. Dessa maneira, o que se quer ressaltar é que a loucura não existe de forma absoluta, mas sim relativamente a um contexto histórico, social e cultural específico.

Dessa maneira, considerando que a concepção e a administração da loucura obedecem a uma especificidade contextual o objetivo desta tese é comparar a administração das emergências psiquiátricas em Brasília<sup>4</sup> e na Cidade do México, as capitais de seus respectivos países. Partindo de experiências etnográficas específicas observadas durante a realização do trabalho de campo em ambas as capitais, pretendo comparar essa administração, por meio da análise da resolução da crise familiar e/ou comunitária, da resposta institucional e sua eficácia e das perturbações físico-morais associadas à loucura manejadas no âmbito do atendimento, as quais apóiam o procedimento classificatório com base no qual familiares e agentes institucionais reconhecem o caso como uma emergência psiquiátrica e decidem sobre o tipo de resolução e/ou atenção que serão prestadas a ele.

Realizar essa comparação em duas capitais nacionais implica pensar a(s) maneira(s) pela(s) qual(is) as famílias e instituições de segurança e de saúde, através de seus saberes e práticas, sejam eles especializados ou leigos (ou a mescla de ambos), reconhecem um caso como emergência psiquiátrica e atuam sobre ele. Dito de outro modo implica reconhecer que as famílias e/ou comunidades e as instituições têm uma importância fundamental na tomada de decisão sobre a administração da loucura, ou daquilo que se percebe como tal, e do tipo de tratamento que se dá a ela. Famílias, comunidades e instituições selecionam, com base em seus saberes, quais os casos ou situações que desejam ou são obrigadas a administrar e o que se reconhece como uma emergência.

As emergências psiquiátricas analisadas neste trabalho referem-se às situações em que um determinado grupo doméstico e ou comunitário “denuncia”

---

<sup>4</sup> Neste trabalho sigo a definição do geógrafo Aldo Paviani de que Brasília é constituída por toda a área urbana do Distrito Federal, e não apenas o Plano Piloto, parte tombada pela UNESCO como patrimônio histórico da humanidade. Pois, segundo ele, a cidade é polinucleada, isto é, está constituída por várias regiões administrativas e o Plano Piloto é apenas uma delas, de modo que Taguatinga, Ceilândia, Samambaia, Gama e todas as demais regiões administrativas também fazem parte de Brasília.

que um de seus membros é/está louco, demandando, com isso, o auxílio externo que pretensamente poderia dar solução à questão. Essas cenas sugerem uma articulação entre a existência de uma alteração, cuja visibilidade assume diversas formas, e as relações sociais envolventes. Assim, a existência de uma situação denominada como emergência psiquiátrica depende do entendimento específico de que há uma alteração significativa na vivência desse indivíduo e de um julgamento, também específico, de que a alteração alcançou um nível tal que os recursos existentes no grupo não têm mais poder de resolução, tornando necessária a solicitação de auxílio externo. Finalmente, pretendo indicar que o reconhecimento e a designação de uma determinada situação como um caso de emergência psiquiátrica e as formas empregadas para sua resolução são contextuais e estão baseadas em uma concepção e uma forma de administração da loucura que são, conforme dito acima, igualmente contextuais e específicas.

A emergência psiquiátrica é, então, marcada por uma situação de crise, de desestabilização, de ruptura, de perturbação, de conflitos, de desordem tanto em nível individual quanto coletivo. Trata-se de um evento que põe em relevo a dinâmica e o movimento de determinados saberes e práticas em relação à loucura. Assim, a análise da crise familiar e seu processo de resolução formam, de fato, uma importante temática no âmbito da emergência psiquiátrica, cujo exame será realizado a partir do instrumental analítico proporcionado pelo conceito de *drama social*.

Turner (1957) fez um estudo detalhado de situações de crise surgidas, periodicamente, na vida de uma vila Ndembu, uma sociedade africana, buscando ressaltar a diacronia e o processo social na vida da vila. O autor constrói a análise desses casos através do que ele chamou de *drama social*, em que descreveu e analisou a forma processual de tais crises. Por meio do conceito, o desejo do autor era analisar e ressaltar não somente a forma da crise propriamente dita, mas também os tipos de mecanismos de reparação empregados para manuseá-la e os recursos ou iniciativas para finalizá-la. O conceito possibilita mostrar como, em uma determinada situação, alguns podem ou se opor e como as crises e os conflitos entre pessoas e grupos podem ser resolvidos através de diversos mecanismos de reparação (GLUCKMAN, 1956).

O conceito de *drama social* construído por Turner (1957) possui trajetória de início, meio e fim; sendo que o autor dividiu sua forma processual em 4 fases, que expressam um modelo agonístico, em que as situações de crise podem comprometer a continuidade do sistema social. A primeira fase é sinalizada pelo não cumprimento de alguma norma que regula a interação social. A fase seguinte é caracterizada pelas crises que sobrevêm à quebra, à ruptura, em que há um posicionamento das pessoas em relação ao evento. Essa fase representa o momento de suspense, às vezes, de perigo, em que é revelada uma determinada faceta do processo de interação daquele grupo ou pessoas (TURNER, 1985).

A terceira fase caracteriza-se pelas ações reparadoras, cujos objetivos são limitar a extensão da crise, repará-la e tentar restabelecer o ordenamento que existia antes ou criar um novo padrão de ordenamento. Os mecanismos de reparação podem ser institucionalizados ou não, e, segundo Turner, é principalmente nessa fase que os mecanismos rituais do grupo são colocados em marcha. Ainda nessa fase, Turner (1985) também indica a reflexividade como um fator importante para ação reparadora, isto é, o grupo toma a si mesmo como objeto de análise, realizando um auto-exame na tentativa de buscar significado para o que está acontecendo e articular os eventos de forma que façam sentido.

A última fase consiste na reintegração social do grupo ou o reconhecimento de que houve uma quebra, uma ruptura irreparável. Nessa fase, o autor indica que a restauração tanto pode ser uma cópia completa do estado social que exista antes do drama, como pode apresentar um novo arranjo ou ainda reconhecer que não é possível haver uma reintegração (TURNER, 1985). Turner (1957) faz uma importante ressalva sobre essa forma processual, dizendo que nem todos os *dramas sociais* seguem esse curso regular, já que pode haver falha na ação reparadora, o que pode resultar em uma volta à fase da crise. Além disso, essa forma está sujeita a múltiplas manipulações e é afetada pela cultura, por exemplo, algumas culturas podem procurar retardar a erupção da crise pela elaboração de determinadas regras (TURNER, 1985).

A despeito de que a forma processual do *drama social* tenha sido construída tendo como base a estrutura processual ou temporal do drama conforme detectado na sociedade Ndembu, Turner (1974) estava convencido de que o conceito com essa mesma forma processual podia ser aplicado para o

estudo em sociedades com níveis de complexidade variados. O próprio autor realizou esse empreendimento ao analisar questões relacionadas ao *drama social* na umbanda, no Rio de Janeiro (TURNER, 1985), e examinando o mito no processo de Revolução da Independência Mexicana (TURNER, 1974). O que Turner queria indicar é que o *drama social* ocorre tanto em momentos históricos com um alto nível de complexidade como na vida ordinária através das dezenas de tipos de crises enfrentadas pelas pessoas tais como divórcios, tensões entre pais e filhos, entre vizinhos, entre membros da família extensa (SCHECHNER, 2002), aparecendo desde o Estado até a família (GEERTZ, 1980a *apud* TURNER, 1985).

Nesse sentido, o que se pretende é analisar tais crises, denominadas de emergência psiquiátrica, combinando a análise processual e *performática* (AUSTIN, 1962 e TAMBIAH, 1985) através do instrumental proporcionado pelo conceito de *drama social* e pela análise de rituais. O primeiro permite perceber os padrões processuais de ruptura, crise, reparação, separação ou reintegração social nesses eventos, enfim, o processo de surgimento e resolução de uma crise. O segundo permite a análise da ação social que, sendo desenvolvida em um contexto intersubjetivo, deixa entrever as mais diversas classificações<sup>5</sup>, multiplicidade de significados em ação, representações, valores, moralidades e visões de mundo dominantes em determinados grupos (PEIRANO, 2001). Assim, com a análise da ação social, através do instrumental proporcionado pela análise de rituais, examinarei a interação entre os pacientes, familiares e agentes de saúde e segurança no âmbito do atendimento, bem como a resposta institucional e sua eficácia ante a demanda familiar e/ou comunitária específica.

A despeito de que esteja trabalhando com o conceito de *drama social* de Turner para analisar a forma processual de surgimento e resolução da crise, não utilizarei a concepção de ritual desenvolvida pelo autor nas suas diversas obras em que tratou e analisou o assunto. Nessas obras, os rituais são vistos como fixos, rotinizados (PEIRANO, 2001), com padrão processual específico e

---

<sup>5</sup> Aqui utilizo o termo classificação na mesma acepção trabalhada por Tambiah (1985): algum tipo de sistema estruturado de categorias, a maioria delas verbalizadas, que constrói e etiqueta um universo de coisas, seres, eventos e ações, isto é, um sistema de categorias que primeiro descreve o mundo, cuja descrição usualmente também implica e vincula avaliações, preceitos morais e atitude emocional, traduzidas através de tabus, preferências, prescrições, proscricções.

performados em situações igualmente específicas, as quais envolvem conflitos, crises e contendas na vida da comunidade (TURNER, 1969).

A opção foi por trabalhar com um conceito de ritual que não o definisse em termos absolutos, mas que pudesse se adequar à diversidade das situações etnográficas. Isso porque há uma gama de eventos, tanto ordinários, quanto críticos que, ainda que não designados como rituais pelos membros do grupo, são percebidos por eles como eventos especiais (PEIRANO, 2001). Segundo Tambiah (1985), esses eventos especiais guardam características comuns, isto é, possuem uma ordenação que os estrutura, um sentido de realização coletiva com propósito definido e uma percepção de que eles são diferentes dos do cotidiano. Essa definição de Tambiah flexibiliza a designação de determinados eventos como rituais e se abre à diversidade das situações etnográficas (PEIRANO, 2001), por isso, é com base nela que estarei desenvolvendo a análise do atendimento às emergências psiquiátricas como rituais.

Leach (1972[1966]) tratando da relação entre discurso e ritual chama a atenção para o fato de que os antropólogos ao falarem de ritual tendem a ressaltar um comportamento de tipo não verbal, esquecendo-se de que fala é, em si mesma, uma forma de ritual. O comportamento não verbal, diz o autor, é simplesmente um sistema de signos de um tipo diferente, menos especializado. Dessa forma, palavras e ações carregam significados. A intenção do autor é ressaltar que o verbal e o não-verbal não são separáveis no ritual, por isso o define como um sistema de comunicação de palavras e ações.

Tambiah (1985), influenciado por essa perspectiva de Leach, buscou elaborar o ritual como uma amalgama ou totalidade constituída tanto de palavras quanto de ações, de discursos e manipulações de objetos. Outra aspiração de Tambiah (1985) foi construir uma unidade entre a semântica e pragmática do ritual, entre pensamento e ação o que implicou em percebê-lo como um ato de discurso performativo. Assim, ele define o ritual como um sistema culturalmente construído de comunicação simbólica, constituído de seqüências ordenadas e padronizadas de palavras e atos, expressados através de múltiplos meios, cujos conteúdos e arranjos são caracterizados em graus variados pela formalidade (convencional); estereotipia (rigidez); condensação (fusão) e redundância (repetição). E acrescenta que a ação ritual em suas características constitutivas é

performativa em três sentidos, a saber: no sentido performativo proposto por Austin (1962), em que dizer algo é também fazer algo como um ato convencional; no sentido de uma performance encenada que utiliza múltiplos meios, através dos quais os participantes experimentam o evento intensamente e no sentido de valores indécicos – conceito que Tambiah deriva de Peirce (2000) – que são anexados e inferidos pelos atores durante a performance (1985, p.128). O autor, ao definir o ritual como um sistema culturalmente construído de comunicação simbólica, ressalta o fato que o conteúdo cultural deste ritual está fundado em um construto cosmológico<sup>6</sup> particular.

A análise foca no ritual como *atos de sociedade eficazes* (PEIRANO, 2000), que se realizam através de eventos comunicativos em que palavras e atos agem produzindo um determinado efeito, gerando uma determinada eficácia. Para tanto, utilizo o instrumental analítico que trata da dimensão da ação na linguagem através das abordagens teóricas de Peirce (2000) e Jakobson (2001), os quais enfatizam a linguagem em uso e a de Austin (1962), para quem os enunciados são mais do que descrições de uma determinada situação, na verdade, são verdadeiros atos em palavras, indicando que dizer é também fazer.

Ainda de acordo com Tambiah (1985), se o ritual é concebido como um sistema de comunicação simbólica, constituído de palavras e de atos, a ênfase de sua análise deve recair sobre a ligação ou a interconexão entre eles, que deve ser examinada a partir de duas estruturas do ritual. Uma delas, que o autor chama de estrutura interna (*inner frame*), trata da maneira como os diversos tipos de eventos comunicativos são construídos, considerando a lógica da escolha de substâncias usadas e o modo de sincronização dos esquemas lingüísticos com aqueles da ação não verbal em uma seqüência estruturada, ou seja, é a perspectiva *semântica* do ritual. A outra, o autor a denomina de estrutura externa (*outer frame*), refere-se a um outro nível do significado em que o ritual é considerado como uma atividade em que indivíduos ou grupos estão envolvidos em busca de seus objetivos institucionais. Essa perspectiva, segundo o autor, pode ser

---

<sup>6</sup> Cosmologia, para o autor, são classificações mais abrangentes, são estruturas de conceitos e relações que tratam o universo como um sistema ordenado, descrevendo-o em termos de espaço, tempo, movimento e povoação. Segundo Tambiah (1985), as cosmologias quase sempre, e classificações freqüentemente, tendem as ser vistas como arranjos duradouros de coisas e pessoas, isto é, suas premissas e ordens iniciais são vistas como tendo uma existência fora do fluxo dos eventos cotidianos e ordinários.

chamada de *pragmática* e corresponde, em alguma medida, ao que Malinowski chamou de *contexto da situação*, o qual nos leva a investigar como o ritual se relaciona a outras atividades, em quais contextos e situações ele é praticado e quais as conseqüências que ele pode produzir para vários segmentos da sociedade e, especialmente, para os indivíduos que nele tomam parte (TAMBIAH, 1985, p.35).

Desse modo, neste trabalho analiso a emergência psiquiátrica com base em duas abordagens: através do *drama social*, na perspectiva de que ela envolve a resolução de uma crise e através da análise de rituais, na medida em que a considero como um evento comunicativo. A análise enfatizará os aspectos de resolução da crise, a resposta institucional e sua eficácia e a identificação e o exame das perturbações físico-morais (DUARTE, 1986) associadas à loucura manejas nesses contextos. Esse exame torna-se importante porque é a partir dessas percepções, ou com base nelas, que familiares, pacientes e os profissionais posicionam-se e atuam no evento.

O estudo dos transtornos mentais – utilizando brevemente a terminologia biomédica – só é possível se consideramos também a dimensão cultural da classificação, diagnóstico e práticas relativas a tais transtornos e a intercalação dessas concepções. De acordo com Foucault (1978), em toda época sempre houve uma dupla apreensão da loucura: uma moral, sobre um fundo do razoável; outra, objetiva e médica, sobre um fundo de racionalidade. No Brasil, um dos trabalhos mais importantes no âmbito da antropologia, associados à construção social da loucura é o de Luiz Fernando Dias Duarte, intitulado “*Da vida nervosa das classes trabalhadoras urbanas*” (1986), em que o autor examina a linguagem sobre o nervoso nas classes trabalhadoras urbanas<sup>7</sup>, como um código por meio do qual se enuncia as *perturbações físico-morais* sofridas pelos membros desses grupos.

Assim, buscando tratar do leque das concepções e classificações relativas à loucura sem ter que utilizar a terminologia biomédica, a qual tenderia a enfatizar a percepção da dimensão orgânica na perspectiva da doença mental, optei por trabalhar com o conceito de *perturbações físico-morais*. Segundo Duarte (1986 e

---

<sup>7</sup> O trabalho de campo do autor foi realizado em bairros de classes trabalhadoras da cidade do Rio de Janeiro.

2003), *perturbações físico-morais* indicam as “condições, situações ou eventos da vida considerados irregulares ou anormais pelos sujeitos sociais e que envolvam ou afetem não apenas sua mais imediata corporalidade, mas também sua vida moral, seus sentimentos e sua auto-representação” (2003, p.177). Segundo o autor, as doenças chamadas de "mentais" ocupam um lugar proeminente nessa ordem de fenômenos, por se desenvolverem justamente ressaltando a fronteira entre o ‘moral’ e o ‘psicológico’. Por *perturbações* o autor quer designar todas as *alterações do estado normal da pessoa*<sup>8</sup>, as quais são culturalmente construídas, conforme dito acima. A locução adjetiva *físico-morais* permite transmitir a impressão de totalidade, de multipresença de que tais *perturbações* freqüentemente se revestem, abrangendo ou atravessando dimensões diferentes da vida dos sujeitos (Duarte, 1986, p.13). Entretanto, o autor ressalta que uma alteração que está analiticamente incluída nas *perturbações físico-morais*, pode ser classificada ou considerada apenas como *física* ou *moral*.

Ao tratar do nervoso como uma linguagem que enuncia as *perturbações físico-morais*, o autor demonstra o tipo de análise que pode ser proporcionada pelo conceito ao mesmo tempo em que destaca recortes importantes que surgiram da etnografia, entre eles, o foco da loucura. Este foco o autor define como um tema sutil, em função da quase absoluta relatividade de que cerca sua aplicação aos casos concretos. De modo que, segundo Duarte (1986), a lógica do reconhecimento e da classificação do outro como louco, nas classes trabalhadoras urbanas, segue a lógica situacional-segmentar<sup>9</sup>. Dito de outro modo, tal reconhecimento e classificação estão baseados nos contextos sócio-culturais nos quais estão imersos o sujeito classificador e o sujeito/objeto classificado. A seqüência estar nervoso/ ser nervoso/ estar doente dos nervos/ ser maluco/ ser louco, de acordo com Duarte (1986), resume uma gradação de estados perturbados que vai da quase normalidade da primeira locução à absoluta

---

<sup>8</sup> Ao usar *pessoa* em vez de *indivíduo*, Duarte (1986) chama a atenção para importância dos modelos relacionais de “*pessoa*”, os quais são fundamentais para a caracterização das experiências vividas pelos sujeitos, principalmente, no âmbito dos processos saúde/doença, em detrimento do modelo do “*indivíduo*” ocidental moderno (livre, autônomo e igual).

<sup>9</sup> Por lógica situacional-segmentar o autor quer exprimir que tais rotulações são feitas segundo o contexto ou situação e segundo a posição no segmento social que se define em contraste com o segmento do sujeito em relação ao qual se está estabelecendo a identificação (Duarte, 1986, p.197).

anormalidade da última, sendo que nervoso se qualificará como loucura por uma demonstração pública da perturbação ou por uma demonstração pública reiterada da perturbação, que incluem as figuras do ataque, acesso ou crise. Além disso, o autor indica que o que parece configurar essa demonstração pública da perturbação como loucura é a presença da agressão ou do espetáculo (ou dos dois juntos) com a “inconsciência” total ou parcial dos atos praticados<sup>10</sup>, noção que será importante para os contextos aqui examinados.

Cada atendimento a emergência psiquiátrica será analisado com base em um roteiro analítico que é composto por duas partes: a primeira refere-se à análise da estrutura interna e externa do evento comunicativo; a segunda, à análise da forma processual da crise e sua resolução. A análise do drama social será realizada separadamente do evento comunicativo em função de que o processo de observação inicia-se já na fase de ação reparadora da crise, de modo que os elementos e os conteúdos que compõem a primeira e a segunda fase do drama somente são “revelados” no decorrer da ação ritual na fase reparadora.

## **1.2 Reforma psiquiátrica e a atenção à saúde mental: o pano de fundo das emergências psiquiátricas**

A noção de hospital psiquiátrico surgiu por volta de 1793, quando o médico Philippe Pinel recebeu dos reformadores da Revolução Francesa a tarefa de humanizar e dar sentido terapêutico aos hospitais gerais. A proposta implementada por Pinel foi a de desacorrentar os loucos, de forma que eles pudessem locomover-se de forma livre pelo espaço do hospital. O desejo do médico era implementar meios completamente diferentes na administração dos loucos, transformando o hospício em um lugar de ação terapêutica cujo objetivo era destruir a loucura, que passou a ser concebida como doença mental (FOUCAULT, 1978). É importante ressaltar que, nessa perspectiva, a prática empreendida pela nascente psiquiatria surgiu como reformadora de um sistema de

---

<sup>10</sup> O autor atenta para o fato de que “inconsciência” não é uma qualidade palpável, de maneira que caberá ao ator e à sua assistência definirem, com maior ou menor consenso, a visibilidade desta impalpável qualidade. Sendo que há também interesses envolvidos no reconhecimento ou não dessa inconsciência.

administração dos loucos que estava baseado na contenção física contínua (TENÓRIO, 2002).

Dessa maneira, a psiquiatria constituiu seu objeto de atuação – a doença mental – seu saber e sua técnica simultaneamente ao surgimento do próprio hospital psiquiátrico e, com isso, trouxe para si a capacidade de discernir entre o normal/patológico, certo/errado, bem/mal, loucura/razão. Além disso, ao se construir o hospício como instituição médico-científica, também se fez a institucionalização da doença mental, o que gerou a exclusão do doente do seu contexto sócio-familiar.

Nas décadas de 50/60 do séc. XX, o espaço manicomial passou a ser intensamente criticado. Entretanto, ainda havia uma crença de que o manicômio era uma instituição de cura sendo, por isso, urgente resgatar este caráter positivo da instituição por meio de uma reforma interna da organização psiquiátrica. Movimentos reformadores surgidos na Inglaterra, França e Estados Unidos propunham mudanças na assistência aos pacientes com transtornos psiquiátricos (AMARANTE, 2000). Entretanto, todos esses movimentos limitaram-se a propor e desenvolver reformas do modelo psiquiátrico, isto é, eles ainda mantinham a crença de que a instituição psiquiátrica era o lugar de tratamento da loucura e consideravam a psiquiatria o saber competente para fazê-lo (AMARANTE, 2000). A antipsiquiatria e a psiquiatria de tradição basagliana romperam com essa visão e voltaram seus olhares críticos para a própria constituição do saber e da prática da psiquiatria.

A antipsiquiatria surgiu na década de 60 na Inglaterra com um grupo de psiquiatras entre os quais destacaram-se: Ronald Laing, David Cooper, Aaron Esterson. Havia um consenso entre estes sobre a inadaptabilidade do saber e da prática psiquiátricos no trato com a loucura, mais especificamente com a esquizofrenia, o que os levou a uma crítica radical ao saber médico-psiquiátrico com vistas a desautorizá-lo a considerar a esquizofrenia como uma doença. Para esse grupo, a loucura é um fato social, político, uma experiência positiva de libertação, uma reação a um desequilíbrio familiar, não sendo assim um estado patológico, nem muito menos o louco um objeto passível de tratamento. Houve uma mudança significativa do conceito de loucura, que passou a ser enxergada “entre” os homens, e não “dentro” deles (AMARANTE, 2000). Baseada nisso, a

antipsiquiatria propunha a integração do indivíduo a seu ambiente social, sem o uso de tratamento químico ou físico e, sim, a valorização da análise do discurso através da viagem ou do delírio do louco.

De acordo com Amarante (2000), no paradigma da psiquiatria clássica a ligação entre sociedade/loucura/sujeito que enlouquece foi artificialmente separada e adjetivada com qualidades morais, tais como a periculosidade e a marginalidade, produzindo a exclusão e morte social desse sujeito. A tradição iniciada por Franco Basaglia e continuada pelo movimento da Psiquiatria Democrática Italiana<sup>11</sup> fez uma crítica radical a esse paradigma psiquiátrico e propôs uma revisão urgente das relações a partir das quais o saber médico fundou sua práxis. Esta crítica à psiquiatria clássica teve início na década de 60 no manicômio de Gorizia, em que Franco Basaglia empreendeu um trabalho de humanização do hospital. A partir desse trabalho, Basaglia revelou a estrutura social excludente dos hospitais psiquiátricos e fundamentou os três pilares de sua crítica, a saber: a ligação de dependência entre psiquiatria e justiça, a origem de classe das pessoas internadas e a não neutralidade da ciência (AMARANTE, 2000). Em 1971, após um tempo ausente da Itália, Basaglia retornou e foi para Trieste onde iniciou o processo de desmontagem do aparato manicomial e a subsequente construção de novos espaços e formas de lidar com a loucura. Com isso, criticou o próprio modelo de humanização institucional, propondo, então, uma prática que tinha na comunidade e nas relações que esta estabelecia com o louco (através do trabalho, amizade e vizinhança) a matéria-prima para a desconstrução do dispositivo psiquiátrico de tutela, exclusão e periculosidade presentes no imaginário social (AMARANTE, 2000).

O projeto de Basaglia era desinstitucionalizar, desmontar e desconstruir os saberes e práticas comprometidos com a objetificação da loucura e sua redução à doença, que tinham nos manicômios seu espaço privilegiado de atuação e desenvolvimento. Nesse sentido, a desinstitucionalização não se restringia à desospitalização, isto é, a extinção dos hospitais psiquiátricos, mas significava também entender que essas instituições eram (re)produtoras de práticas e

---

<sup>11</sup> O movimento da Psiquiatria Democrática Italiana foi, muitas vezes, confundido com a própria tradição basagliana. Entretanto, esse foi um movimento político que se constituiu a partir de 1973, cujo objetivo era construir bases sociais para a viabilização da reforma psiquiátrica, baseada na tradição basagliana, em todo o território italiano (AMARANTE, 2000).

saberes que determinavam uma forma específica de se perceber, entender e relacionar com o sujeito que enlouquece. Dessa forma, a desinstitucionalização significava também a desconstrução dos saberes e práticas desenvolvidos nessas instituições.

A assinatura da *Declaração de Caracas*, ocorrida em 14 de novembro de 1990, por organizações, associações, autoridades de saúde, profissionais de saúde mental, legisladores e juristas reunidos na Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica dentro dos Sistemas Locais de Saúde é o documento que marca o início das reformas na atenção à saúde mental na América Latina e Caribe. A declaração propõe, em linhas gerais, o respeito pelos direitos das pessoas com doenças mentais e o reconhecimento da importância dos cuidados na comunidade. Ao assinar a declaração, os países da região, entre eles México e Brasil, comprometeram-se a melhorar a saúde mental de suas populações, buscando superar o modelo de atenção baseado no hospital psiquiátrico, lutar para a extinção dos abusos e da exclusão, que recai sobre os doentes mentais, e empreender uma atenção integral ao paciente.

No Brasil, ao final da década de 1970, a partir das idéias da antipsiquiatria e da psiquiatria de tradição basagliana constituiu-se o movimento de reforma psiquiátrica, cujo objetivo principal era tornar o hospital psiquiátrico um lugar de passagem, e não de permanência e re-inserir o paciente ao seu ambiente doméstico e comunitário. Assim, a reforma psiquiátrica propõe que se crie uma infra-estrutura comunitária capaz de dar suporte e acompanhamento aos pacientes que recebem alta hospitalar, proporcionando melhor qualidade de vida e facilitando as relações familiares e sociais dos pacientes. Trata-se de um modelo de serviços de atenção a saúde mental voltado para a prevenção e centrado na participação ativa da comunidade (AMARANTE, 2000).

Em termos jurídico-político, o processo de reformar o modelo de assistência médico-psiquiátrico, no Brasil, recebeu um importante impulso com o Projeto de Lei Nº. 3.657 apresentado pelo Deputado Paulo Delgado, na Câmara dos Deputados, em 1989. O projeto possuía apenas três artigos: o primeiro, impedia a construção ou contratação de novos hospitais psiquiátricos pelo poder público; o segundo, previa o direcionamento de recursos públicos para a criação serviços de atendimento não manicomiais e o terceiro obrigava os hospitais psiquiátricos a

comunicarem às autoridades judiciárias as internações compulsórias (TENÓRIO, 2002). Após sua aprovação na Câmara, o Projeto tramitou 10 anos no Senado onde, em seu lugar, foi aprovado um substitutivo que era muito tímido no que dizia respeito à substituição do modelo asilar e chegava a autorizar explicitamente a construção de novos hospitais e a contratação de novos leitos (TENÓRIO, 2002). Quando o texto retornou a Câmara do Deputados, conseguiu-se suprimir o artigo que se referia à construção de hospitais e contratação de novos leitos. Finalmente, em 06 de abril de 2001, a Lei Nº. 10.216 foi aprovada e considerada, pelo movimento da reforma psiquiátrica, uma lei progressista. Entretanto, a implementação da reforma do modelo assistência médico-psiquiátrica no país tem sido realizada de forma desigual nos diversos estados: alguns têm conseguido criar uma rede de atenção à saúde mental substitutiva ao hospital psiquiátrico, entretanto, em outros a atenção ainda ocorre de forma centralizada no hospital.

No México, a criação de uma política de saúde mental e de uma lei que a regule ainda é uma reivindicação do grupo multidisciplinar de profissionais da área de saúde mental formado com o objetivo de impulsionar a reforma psiquiátrica no país. A Organização Mundial de Saúde (OMS), através da Organización Panamericana de Salud (OPS) e a pedido do governo mexicano, realizou uma avaliação dos serviços de saúde mental disponíveis no México. O estudo realizado, o qual esteve pautado pelo paradigma da desinstitucionalização, concluiu que o sistema de atenção à saúde mental no país não representa um enfoque comunitário, mas ao contrário está centrado no hospital psiquiátrico, o qual apresenta diversas deficiências na atenção e custo elevado, de maneira que tanto a hospitalização quanto a maioria das atividades ambulatoriais ocorrem em seu âmbito (OPS, 2004, p.37).

Um eixo da transformação dos serviços de atendimento à saúde mental no México é o *Modelo Hidalgo de Atención en Salud Mental*, que propõe a criação de novas estruturas de atenção, as quais respeitem os direitos dos usuários dando ênfase à prevenção e à reintegração social do paciente (SECRETARIA DE SALUD, 2004). Entretanto, o Modelo Hidalgo ainda não se aplica a nível nacional. O estudo realizado pela OPS (2004) foi cauteloso quanto à indicação da aplicação do Modelo em todo o país, já que ao visitar algumas de suas unidades observou que a mudança ocorreu apenas na forma de construção e organização do espaço,

entretanto, não avançou no que diz respeito à reintegração do paciente, já que sua assistência ainda continua pautando-se pelo isolamento.

A administração da loucura tem, ao longo de sua história, passado por reformas e, conforme relatei acima, o próprio hospital psiquiátrico surgiu no âmbito de uma dessas reformas, quando a loucura passou a configurar-se como doença mental e desejou-se agregar valor terapêutico ao internamento. Essa reforma também gerou um outro importante movimento, já que uma re-avaliação da pobreza na ordem capitalista, a tornou fundamental enquanto força de trabalho e produção de riqueza para as nações não devendo, portanto, permanecer encarcerada. De maneira que, somente o louco deveria continuar encarcerado, isolado, pois além de não servir para o trabalho, era considerado um perigo às demais pessoas.

Essa informação é importante para analisarmos a atual reforma psiquiátrica, considerando-a não somente como um processo humanizador e reintegrador do doente mental, mas também como parte de uma nova reorganização da exclusão e de uma nova reflexão econômica e social sobre a loucura. Assim, se na passagem para era clássica descobriu-se que os pobres eram uma importante força de trabalho da qual o capitalismo não poderia prescindir, agora, com os avanços da indústria farmacêutica, percebe-se que o louco também pode ser incorporado à economia como mão-de-obra e, conseqüentemente, também ao mercado consumidor. A desinstitucionalização é economicamente rentável para o Estado, na medida em que internação em hospitais psiquiátricos é mais dispendiosa do que a atenção em uma rede de serviços que tem como base a comunidade e a atenção ambulatorial.

Além disso, há o interesse e pressão das indústrias farmacêuticas pela reforma, pois isso as beneficiaria com o aumento da venda de medicamentos, principalmente, antipsicóticos, antidepressivos e ansiolíticos, inclusive para os estados e a Federação, que subsidiariam o tratamento farmacológico para os pacientes com baixa renda. Tais medicamentos devem provocar o mínimo possível de efeitos colaterais, para que o indivíduo consiga exercer suas funções produtivas de forma satisfatória, mas também consiga realizar a performance social que dele se espera. A indústria farmacêutica conseguiu sintetizar tais medicamentos e, agora, precisa vendê-los. Porém, eles foram sintetizados num

passado recente, por laboratórios estrangeiros, portanto, ainda são muito caros. Há casos em os governos subsidiam o medicamento para os pacientes, mas nos casos em que isso não ocorre, eles têm que entrar no mercado de trabalho, não em função de uma proposta reintegradora, mas porque antes de tudo entraram no mercado consumidor como compradores de medicamento.

A inserção do paciente no mercado de trabalho pode retirar a condenação ética e moral da ociosidade que recai sobre o louco, já que a relação entre loucura e trabalho não se dá tão somente em um nível econômico, mas também no âmbito da moralidade. Isso porque nas sociedades capitalistas há, principalmente nas classes trabalhadoras, uma valoração positiva do trabalho, visto como honroso, ao passo que a ociosidade tem uma valoração negativa, sendo percebida e sentida como uma vergonha. Assim, a atual reforma psiquiátrica, e sua proposta de desinstitucionalização do louco, é também uma nova reflexão econômica e social sobre a loucura e sua assistência e uma nova re-organização da exclusão.

Com essa breve digressão, o que eu quis foi demonstrar que ao paradigma da desinstitucionalização também cabem reflexões relativizadoras. Entretanto, ele é o atual modelo de atenção à saúde mental com base no qual os sistemas de atenção à saúde mental locais são comparados, reformados e avaliados. De maneira que este paradigma será utilizado neste trabalho, não na perspectiva de uma militância política em favor dele, mas senão pelo fato de que não pode ser desconsiderado nesse momento, em que países, como o Brasil e o México, têm buscado reformar seus serviços de modo a implementá-lo. No caso do Brasil, especificamente, a Política Nacional de Saúde Mental está baseada neste paradigma, de forma que todas as ações nos estados e municípios deveriam estar pautadas por ele. Dessa maneira, analisar comparativamente a administração das emergências psiquiátricas em Brasília e Cidade do México implica considerar também esse *contexto da situação*.

A opção por comparar Brasília e Cidade do México, os Distritos Federais de seus respectivos países, deve-se, então, ao fato que ambos os países atravessam um momento de transformação dos seus serviços de atendimento à saúde mental. Considerando que os contextos sócio-culturais postos em comparação possam elucidar-se reciprocamente (CARDOSO DE OLIVEIRA, 2000), a opção foi por

comparar cidades americanas e, em alguma medida, também países que, sob o paradigma da desinstitucionalização, têm vivido as ambigüidades, os avanços, os retrocessos e a falta de unificação nacional de reforma da atenção à saúde mental. De modo que, assim, poderíamos visualizar e comparar alguns dos aspectos sócio-culturais e históricos que têm dificultado a implementação desse modelo.

O objetivo desta tese é analisar comparativamente o atendimento às emergências psiquiátricas em Brasília e na Cidade do México, considerando e examinando a resposta institucional e sua eficácia, as perturbações físico-morais associadas à loucura e a crise familiar e/ou comunitária. Para os fins da análise dos casos serão privilegiados aqueles que em que o núcleo familiar e ou comunitário do suposto paciente também esteve envolvido no atendimento. Isso porque suscitam um dilema que tem sido fundamental no que diz respeito às diversas formas de administração da loucura, a saber: o cuidado e responsabilidade sobre o louco correspondem à família ou ao Estado? (FOUCAULT, 1978) Dilema esse que, em termos da administração das emergências psiquiátricas, pode tornar-se fonte de conflitos entre aqueles que demandam atenção e aqueles que supostamente deveriam prestá-la. Entretanto, também são capazes de revelar o tipo de administração que se dá a essa situação naquela determinada sociedade, bem como os casos que são reconhecidos como sendo competência de uma ou outra instância.

## CAPÍTULO 2

### O TRABALHO DE CAMPO E O CONTEXTO DA ATENÇÃO À EMERGÊNCIA PSIQUIÁTRICA EM BRASÍLIA

#### 2.1 A emergência psiquiátrica e o contexto da saúde mental no Distrito Federal

A Política Nacional de Saúde Mental vigente no Brasil está baseada na Lei Nº 10.216, de 06 de abril de 2001<sup>12</sup>, cuja premissa fundamental é a desospitalização do paciente e a criação de serviços substitutivos ao modelo institucionalizado de atenção à de saúde mental. De acordo com o próprio Ministério da Saúde, a referida Lei foi um passo fundamental para iniciar a mudança no sistema de atenção psiquiátrica no país, redirecionando-a para uma rede de base comunitária, com a participação da sociedade civil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). Dessa forma, além da desospitalização, a Política Nacional busca a ampliação da rede ambulatorial, o fortalecimento de iniciativas municipais e estaduais que propiciem a criação de equipamentos intermediários entre o tratamento ambulatorial e a internação hospitalar. A ênfase recai nas ações de reabilitação psicossocial dos pacientes, isto é, a criação de condições para sua estabilidade psíquica e re-inserção no ambiente doméstico e comunitário.

---

<sup>12</sup> A Lei nº 10.216 está disponível em: <http://www.sespa.pa.gov.br/Sus/Legislação/Lei10216.htm>

Antes mesmo da aprovação da Lei, a Coordenação Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde resolveu, em 1991, redirecionar o financiamento público das ações em saúde mental para a criação de uma rede de atenção extra-hospitalar. Assim, o Ministério da Saúde instituiu, através da Portaria SNAS Nº 189, de 19 de novembro de 1991, a criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). A Portaria Nº 224, de 29 de janeiro de 1992, aperfeiçoou sua regulamentação, dividindo o atendimento à saúde mental entre hospitalar e ambulatorial. Nesta portaria, o CAPS foi definido como unidade de saúde local/regional cuja finalidade é oferecer ao paciente cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar. Essas unidades, em geral, estão encarregadas dos seguintes tipos de atendimento: individual, em grupos (através de um ou vários tipos de terapias), visitas domiciliares, atendimento à família e atividades comunitárias, buscando a integração do doente mental à sua comunidade.

Os CAPS são classificados em três tipos diferentes, de acordo com sua capacidade de atendimento. O CAPS I atende a uma região de referência de até 50 mil habitantes; o CAPS II atende a um território de 100 mil habitantes; o CAPS III, que funciona 24 horas por dia, todos os dias da semana, cobre a uma população de até 150 mil habitantes e tem capacidade de resolução em atendimentos à emergência, já que possui a estrutura de leitos. Segundo o Ministério da Saúde (2006), existem 800 CAPS em todo o país, sendo que a maior parte deles está na região Sul e Sudeste. O estado do Rio de Janeiro possui 55 CAPS<sup>13</sup>, apresentando a média de um CAPS para 279.698 habitantes. São Paulo possui 132 CAPS em todo o estado, o que indica a média de 306.384 habitantes por cada Centro. Na região Centro-Oeste, Mato Grosso possui 13 unidades e a média de 215.636 habitantes por CAPS, a melhor da região. Na seqüência, vem Goiás, que possui 12 Caps, um para cada 468.326 habitantes, seguido de Mato Grosso do Sul, com quatro unidades, uma para cada 566.117 habitantes. O

---

<sup>13</sup> Os dados relativos ao quantitativo de CAPS em cada estado foram coletados no *síte* da ONG *Inverso*, que desenvolve atividades em saúde mental e mantém convênio com o Ministério da Saúde para prestar informações sobre a rede assistencial do SUS (Sistema Único de Saúde) na área. Disponível em: <<http://www.inverso.org.br/index.php/content/view/7.html>> Acesso em: 15 de junho de 2006.

Distrito Federal possui apenas dois CAPS para atender a uma população de 2.333.108<sup>14</sup> habitantes, estando um deles destinado ao atendimento de crianças e adolescentes.

Outro serviço substitutivo que compõe a Política Nacional de Saúde Mental para a criação da rede de atenção extra-hospitalar é o chamado Serviço Residencial Terapêutico (SRT). Trata-se de moradias inseridas na comunidade, destinadas a portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência que enfrentam dificuldades de reintegração familiar, de moradia e de re-inserção social. O SRT substitui a internação psiquiátrica prolongada, com o compromisso de resgate da cidadania e reintegração social do paciente e não se configuram como serviço de saúde, mas como serviço residencial com função terapêutica. As residências são alugadas com recursos do Ministério da Saúde repassados aos governos municipais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006)<sup>15</sup>. Em cada uma podem morar até oito pessoas e, geralmente, um profissional é encarregado de cuidá-los. Na região Sudeste e em todo o país, o estado com o maior número de SRT<sup>16</sup> é São Paulo, que possui 132 residências e atende a 656 pessoas. Já na região Centro-Oeste, Mato Grosso é que tem o maior número de SRT, cerca de dez, seguido por Goiás, que possui dois. O Distrito Federal e o Mato Grosso do Sul não possuem SRT.

Além dos CAPS e dos SRT, a rede assistencial do Sistema Único de Saúde<sup>17</sup> (SUS) também conta com clínicas e hospitais psiquiátricos que prestam

---

<sup>14</sup> Site do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <[www.ibeg.gov.br](http://www.ibeg.gov.br)>. Acesso em: 15 de junho de 2006.

<sup>15</sup> *Op. cit.*

<sup>16</sup> Os dados relativos ao quantitativo de SRT em cada estado foram coletados na *site* ONG Inverso que desenvolve atividades em saúde mental e mantém convênio com o Ministério da Saúde para prestar informações sobre a rede assistencial SUS (Sistema Único de Saúde) na área de saúde mental. Disponível em: <<http://www.inverso.org.br/index.php/content/view/7.html>>. Acesso em: 15 de junho de 2006.

<sup>17</sup> O Sistema Único de Saúde está definido no art. 4º da Lei Nº 8.080/90: “É o conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições Públicas Federais, Estaduais e Municipais, da Administração Direta e Indireta e das Fundações mantidas pelo Poder Público”. A Lei ainda prevê ainda a complementação dos serviços, através da rede privada, desde que contratada e conveniada pelo SUS. O Sistema recebe a adjetivação de único porque segue a mesma doutrina e os mesmos princípios organizativos em todo o território nacional, sob a responsabilidade das três esferas autônomas de governo: federal, estadual e municipal. De modo que, o SUS não é um serviço ou uma instituição, mas um Sistema de unidades, de serviços e ações que interagem para um fim comum.

serviços seguindo o modelo institucionalizado de atenção à saúde mental. Na região Centro-oeste, o estado de Goiás possui treze clínicas e hospitais psiquiátricos conveniados à rede SUS, Mato Grosso possui três, Mato Grosso do Sul possui dois e o Distrito Federal, apenas um. Conforme evidenciado por esses dados, a rede pública de assistência à saúde mental no Distrito Federal, no que diz respeito aos serviços substitutivos ao modelo institucionalizado, é praticamente inexistente quando comparada aos demais estados da Federação.

No período de 1995 a 1998, o Distrito Federal inscreveu-se no processo de transformação da assistência psiquiátrica, cujo objetivo principal era tornar o hospital psiquiátrico um lugar de passagem, e não de permanência, re-inserindo o *portador de sofrimento psíquico*<sup>18</sup> em seu ambiente doméstico e comunitário. Nesse período, além da existência dos serviços abertos – tais como o Hospital-dia (Hdia)<sup>19</sup> e o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em funcionamento no Instituto de Saúde Mental<sup>20</sup> – o principal hospital psiquiátrico do Distrito Federal, o Hospital São Vicente de Paulo (HSVP), passou por importante processo de transformação das formas de atendimento oferecidas (FRANÇA, 2001).

A partir de maio de 1995, foram implantadas diversas mudanças no Hospital. Na ala de internação, por exemplo, foi introduzido o uso de talheres (garfo e faca) durante as refeições, colocaram-se espelhos e as portas que separavam os espaços dentro do Hospital foram abertas, não havendo mais restrições quanto à presença dos usuários em determinados lugares. Além disso, o horário de visitas dos familiares foi ampliado. A transformação mais importante veio com a priorização do Hospital-dia como principal serviço do HSVP, que

---

<sup>18</sup> Em 2002, a Organização Mundial de Saúde (OMS) adotou o paradigma da desinstitucionalização, que implicava em uma ruptura com o modelo psiquiátrico de intervenção sobre a doença mental. Isso gerou também uma ruptura com o discurso que delimitava e nomeava os estados mentais, de maneira que a doença passou a ser encarada como “sofrimento mental” e não somente um campo exclusivo de alienação (REGO, 2002).

<sup>19</sup> Os pacientes permanecem no hospital durante o dia para a realização de atividades diversas e terapia, retornando no final desse período para o convívio familiar.

<sup>20</sup> O Instituto de Saúde Mental do Distrito Federal (ISM/DF) foi criado em 1987 e concretizou o ingresso do Distrito Federal no processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira. No Instituto, um conjunto de práticas manicomiais cedeu lugar à imbricação dos espaços terapêutico-institucional e comunitário. Nas propostas dessa instituição estão: a garantia do direito de ir e vir dos usuários considerados sempre sujeitos de transformação; a busca da clareza na comunicação; a tentativa de horizontalização do poder e do saber, através do diálogo; a eleição da convivência como espaço primordial da proposta terapêutica (REGO, 2002).

passou a funcionar como substitutivo à internação manicomial. Em 1997, o Hospital-dia passou a tratar também de pacientes em crise, evitando, contudo, sua internação. Com isso, as equipes de atendimento tiveram que desenvolver formas específicas de intervenção – já que um paciente muito agitado exigiria o acompanhamento contínuo de um técnico –, por isso foi criado um sistema de rodízio que permitia aos técnicos o acompanhamento desses pacientes (FRANÇA, 2001).

Além disso, foi criada uma Sala de Acolhimento que servia como porta de entrada para as demandas de atendimento, substituindo os serviços exercidos pelo setor de emergência. Essa medida fez que se reduzisse o número de internações que era, antes, um procedimento rotineiro (FRANÇA, 2001). O setor de emergência do HSVP ficou sob a responsabilidade de apenas dois psiquiatras cuja função era, basicamente, cuidar dos casos a partir da decisão tomada na Sala de Acolhimento sobre a pertinência da internação. Uma equipe comunitária também foi criada para atender aos usuários que compareciam ao Hospital somente durante crises (FRANÇA, 2001). Uma outra questão importante relativa às situações de emergência foi a discussão, no início de todo esse processo, sobre a transferência do serviço de emergência e da ala de internação para o Hospital Regional de Taguatinga, um hospital geral. À época esse parecia ser um passo importante para a extinção do hospital psiquiátrico. Hoje, entretanto, segundo França (2001), trata-se de uma fórmula superada porque, na verdade, possibilita a manutenção do modelo institucionalizado de atenção à saúde mental.

Conforme relata França (2001), todo esse projeto foi progressivamente abandonado, a partir de janeiro de 1999. A mudança ocorrida no governo do Distrito Federal levou a uma alteração na direção do HSVP que não prosseguiu com o projeto de ressocialização dos portadores de sofrimento psíquico. A indicação que França (2001) faz, relatando sua experiência de residente em Psicologia naquele hospital, é a de uma progressiva ausência de comunicação e de clareza nas atitudes tomadas pela direção e pelos próprios funcionários, contrariando um dos fundamentos do projeto de Reforma Psiquiátrica, isto é, o diálogo.

Dessa maneira, a Reforma Psiquiátrica no Distrito Federal pautou-se tanto por avanços quanto retrocessos como nos informa França (2001). Conforme esse

mesmo autor, a possibilidade de transformação do modelo asilar, tal como preconizado pela Reforma Psiquiátrica, mostrou sua viabilidade por meio da implementação de projetos terapêuticos pautados pela noção de re-socialização e desinstitucionalização. Entretanto, houve resistência, por parte de alguns seguimentos, em dar continuidade ao projeto de transformação do modelo de atenção e tudo o que isso representa. Segundo França (2001), à época da redação de sua dissertação, em 2001, pouco restava do significativo esforço realizado no sentido de reformar o atendimento à saúde mental na rede pública do Distrito Federal. De acordo com o autor, o projeto em prática no Distrito Federal é radicalmente diferente daquele que tenha como base a interlocução. França (2001) afirma que o sentido produzido pelo atual modelo de atenção à saúde mental vigente no DF é o da doença e o objetivo terapêutico é a extinção temporária dos sintomas, por meio da internação, não havendo, em muitos casos, um tratamento ambulatorial subsequente. Assim, é importante destacar que esse foi o contexto, ou o pano de fundo, da observação dos casos de emergência psiquiátrica, durante a realização de ambas as etapas do trabalho de campo, ocorridas em 2001 e 2004.

Em 10 de outubro de 2003, consultando o *site* da Secretaria Estado de Saúde (DF) encontrei o seguinte texto que indicava a construção de uma proposta para a reformulação do atendimento à saúde mental:

Elaboração de um plano estadual de saúde mental tendo como princípios norteadores a descentralização do atendimento ao paciente portador de transtorno mental, a criação de CAPS, NAPS, centros de convivência, lares e abrigos<sup>21</sup>.

O Projeto de Política Pública para a Saúde Mental<sup>22</sup> do DF foi aprovado quase três anos depois, em 18 de maio de 2006, indicando um re-ingresso no processo de reforma do modelo de assistência à saúde mental, tal como preconizado pela

---

<sup>21</sup> Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br>. Acesso em: 10 de outubro de 2003.

<sup>22</sup> SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE. Saúde mental do DF ganha novo modelo de assistência, 18 de maio de 2006. Disponível em: [http://www.saude.df.gov.br/003/00301015.asp?ttCD\\_CHAVE=37705](http://www.saude.df.gov.br/003/00301015.asp?ttCD_CHAVE=37705). Acesso em: 08 de junho de 2006.

Lei Nº 10.216, de 06 de abril de 2004. Com esse projeto, segundo a Secretaria de Estado de Saúde, pretende-se, ainda em 2006, ampliar a rede de atenção, recuperar unidades e garantir um tratamento mais humanizado. O Projeto prevê, para os próximos seis meses: a implantação de seis CAPS; a criação de três a cinco SRT; a implantação de novos leitos de internação e da unidade de atendimento emergencial da especialidade em hospitais gerais da rede pública; a reforma geral do Hospital São Vicente de Paulo e a integração do Programa da Saúde da Família ao projeto.

## **2.2 Os caminhos do trabalho de campo, os espaços e os agentes da atenção à emergência psiquiátrica**

O trabalho de campo é um período condensado em que se experimenta muita novidade em termos da vivência com e entre a alteridade, havendo um intenso envolvimento intersubjetivo entre antropólogo(a) e sujeitos de pesquisa. Esse contexto intersubjetivo, de acordo com Clifford (1998), articula tensões, ambigüidades e indeterminações próprias daquele sistema de relações em que se está inserido, o qual impõe uma dinâmica própria ao trabalho de campo e seu desenvolvimento, bem como destina uma posição específica para o (a) antropólogo(a) nessa teia de relações. Assim, o material etnográfico é o produto da interação entre um(a) pesquisador(a), que vive um período singular de sua trajetória pessoal, acadêmica/profissional e teórica (SEEGER, 1980), em um ou vários grupos sociais, os quais também se encontram em um período singular de sua trajetória de (con)vivência e transformações<sup>23</sup>. É no âmbito dessa

---

<sup>23</sup> Segundo Marcus (1994), no passado, a etnografia esteve associada à idéia da descoberta e da descrição de grupos específicos que ainda não haviam sido estudados. Entretanto, segundo ele, a etnografia moderna (ou pós-moderna), atravessada pela forte crítica do pós-modernismo à retórica e concepção do texto etnográfico, percebeu que operava num campo de representações diversas já existentes e retirou desse fato sua força crítica. Assim, considera-se que a etnografia moderna não mais faz descobertas, mas transforma as representações já existentes em seu campo de atuação, analisando-as, discutindo-as, enfim, fazendo uma releitura desse relato anterior. Entretanto, no caso do Corpo de Bombeiros e no caso do Escuadrón de Rescate y Urgências médicas, por exemplo, há uma extraordinária ausência de trabalhos no âmbito das Ciências Sociais brasileira e mexicana, respectivamente, que tratem desses grupos. Em relação ao Corpo de Bombeiros, essa ausência foi notada não somente por mim como também por Martins (2003) e Chaves (2003), pesquisadores do Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre a Mulher da UnB, que também estiveram realizando seus trabalhos de campo com os bombeiros, dentro de um projeto de pesquisa desenvolvido pelo núcleo. Segundo Martins (2003), “essa categoria profissional não tem

intersubjetividade que se funda um espaço de aprendizagem do trabalho de campo e sua análise. Nesse sentido, embora a leitura de etnografias seja importante fonte de conhecimento e aprendizado sobre a realização e desenvolvimento do trabalho de campo, somente se pode aprender a fazê-lo, realizando-o. Isso porque o âmbito da intersubjetividade diz respeito ao vivido e toda a sorte de contingências que disso possa advir: soluções, negociações, entendimentos, mal-entendimentos, simpatias, antipatias, suspeições, apreensões, ambições, frustrações, gratificações, acasos, enfim, uma gama de sensações e situações em que o (a) antropólogo(a) está inserido(a) e através das quais ele(a) pretende alcançar a compreensão sobre o outro. Essas sensações e situações refletem a especificidade e a singularidade do contexto em que emergem, por isso podem ser fonte valiosa para o (a) antropólogo (a) tanto no que diz respeito às informações sobre a cultura daquele grupo quanto em relação ao treinamento para o desenvolvimento de trabalho de campo.

Nesse processo de interação não existe neutralidade. Antropólogo(a) e sujeitos de pesquisa assumem posicionamentos discursivos, o que gera uma intensa e ativa negociação entre sujeitos que estão buscando um entendimento sobre aquela (con) vivência naquele espaço/tempo. O texto etnográfico, a principal forma de apreensão do vivido (CLIFFORD, 1998), está sempre “contaminado” por essa experiência e é uma tentativa de articular esse complexo sistema de relações vividas pelo (a) antropólogo (a). Apesar da relação de confiança, cumplicidade e igualdade que o(a) antropólogo(a) pretenda estabelecer no contexto dessa interação, a etnografia sempre apresentará um resíduo de autoritarismo (CLIFFORD, 1998), na medida em que, durante a realização do trabalho de campo, é o(a) antropólogo(a) que decide pessoalmente o que lhe parece relevante, o que deve ser registrado, o que fará parte do diário de campo. Finalmente, na produção do texto etnográfico, a decisão sobre o recorte teórico-conceitual e sobre a inclusão de determinados dados recai completamente sobre a

---

sido objeto de estranhamento e nem são tidos como significativos pelos pesquisadores dessa área de estudo. A meu ver, isso se deve ao fato do bombeiro ser representado como um agente social que não se constitui em problema, mas, pelo contrário, que soluciona demandas de auxílio urgentes e que o faz com a competência possível” (MARTINS, 2003, p.13). Assim, a idéia da etnografia como a descrição de um grupo específico, que ainda não tenha sido tratado, ainda é válida no que diz respeito ao estudo da atuação profissional dessas categorias pelas Ciências Sociais.

figura do(a) antropólogo(a) (SEEGER, 1980). É ele(a) quem, solitariamente e de forma absolutamente autônoma, decide de que forma esse grupo será representado, analisado e textualizado, negligenciando o fato de que o conhecimento que se produziu por meio do trabalho de campo se deu através de um intenso envolvimento intersubjetivo. Dessa forma, o(a) antropólogo (a) deve estar ciente das implicações dessas decisões e assumir o ônus.

A proposta deste capítulo é discorrer sobre o processo ocorrido no trabalho de campo, a partir da reflexão sobre as apreensões, as expectativas, as dificuldades, as negociações, as decisões, as soluções, compartilhando experiências, na perspectiva de romper o silêncio, o isolamento e a solidão que, muitas vezes, caracterizam essa etapa da investigação. Ao narrar as experiências em nível pessoal, pretendo traçar as expectativas, as apreensões, as frustrações, as gratificações, os acasos, os mal-entendimentos, tentando compreender a forma através da qual me inseri na vivência dos grupos estudados. Pretendo, também, através da narrativa etnográfica, delinear os contextos e os momentos em que a interação com os sujeitos de pesquisa foi influenciada por características próprias daquela cultura (ou subcultura<sup>24</sup>). Finalmente, o que desejo é ressaltar a importância do trabalho de campo e da experiência sustentada no contato com a vida de outras pessoas em outras culturas (BRADBURD, 1998).

### **2.2.1 Antecedentes empíricos**

Em 2000, ingressei em um dos grupos de pesquisa do Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre a Mulher da Universidade de Brasília (NEPeM/ UnB) que, naquela época, desenvolvia uma pesquisa intitulada “Administração de conflitos interpessoais: um olhar da perspectiva de gênero e raça”. O objetivo dessa

---

<sup>24</sup> O termo subcultura é utilizado na mesma perspectiva de Duarte (1986, p. 12), para quem os diversos grupos que compõem uma sociedade possuem formas culturais específicas que são fundamentais para o seu sistema de representações, de tal forma que tendem a construir uma subcultura, marcando uma auto-identificação positiva dos seus membros dentro do contexto cultural dominante, neste caso, a “Grande Tradição” cultural do ocidente. Assim, Duarte (1986) diz que, face à cultura dominante, classes e grupos de pessoas são portadores de uma outra cultura que é ordenada por valores e princípios próprios. O autor resalta o caráter positivo da subcultura, afirmando que ela não é aquilo a que falta algo, mas uma dimensão em que as representações podem ter uma ordenação diferenciada daquela proposta pela cultura dominante. Portanto, o uso do termo subcultura é utilizado para expressar o fato de que este contexto, ao mesmo tempo em que é parte uma cultura maior, também se distingue dela.

pesquisa era observar a resolução de conflitos interpessoais por parte dos agentes de segurança pública do Distrito Federal (Polícia Militar e Civil e Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal) e perceber como eram construídas as idéias de transgressão e criminalidade. Nesse contexto, a observação das atividades do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal (CBMDF) tornou-se importante visto que eles realizam o atendimento quando o conflito apresenta desdobramentos violentos e as pessoas necessitam de atendimento de emergência médica e posterior encaminhamento ao hospital.

Ao observarem as atividades do CBMDF, pesquisadores do NEPeM/UnB verificaram a existência de um número significativo de ocorrências registradas como *paciente psiquiátrico*, as quais envolviam casos de alcoolismo, uso de psicotrópicos e/ou entorpecentes, conflitos familiares, ataques agressivos e crises. De acordo com a descrição desses pesquisadores, tratava-se de uma série de situações nas quais as pessoas envolvidas com aquele indivíduo, por diversos motivos, não conseguiam manejar a situação e, então, solicitavam a intervenção desses agentes de segurança.

Dessa forma, sob orientação da coordenadora do grupo, iniciei o desenvolvimento de uma pesquisa, em 2001, com o objetivo de entender a construção social da loucura (FOUCAULT, 1978) presente nesses atendimentos. A intenção, inicialmente, era investigar os elementos significativos das concepções que definem a loucura no âmbito da negociação entre os profissionais do Hospital São Vicente de Paulo (HSVP) e os agentes do Corpo de Bombeiros, no que se refere ao processo de encaminhamento dos pacientes. Para isso, minha estratégia foi acompanhar, nas viaturas tipo ambulância do CBMDF, os percursos dos casos denominados *psiquiátricos*, desde seu atendimento no local da solicitação até o encaminhamento do indivíduo aos profissionais do HSVP, bem como as subseqüentes práticas desenvolvidas na atenção de emergência.

### **2.2.2 A obtenção da autorização para a realização da pesquisa junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – CEP/SES**

No início de janeiro de 2001, iniciei o trabalho de campo com a solicitação das autorizações para a observação dos atendimentos tanto do HSVP quanto no CBMDF. No primeiro contato com o HSVP, uma funcionária da diretoria esclareceu-me que a pesquisa poderia ser desenvolvida no Hospital, desde que autorizada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, doravante referido como CEP/SES.

Com essa informação, dirigi-me ao CEP/SES, onde fui informada pela Secretária do Comitê sobre o trâmite e os prazos que deveria seguir para obter a autorização de que necessitava. Segundo ela, o projeto deveria obedecer às especificações da Resolução nº196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (CNS/MS), que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras em pesquisas que envolvem seres humanos. De acordo com ela, eu deveria apresentar o projeto de pesquisa e toda a documentação solicitada até o final do mês de janeiro para que pudesse entrar na pauta da reunião do Comitê, que ocorreria no início do mês de fevereiro. Essa informação me causou bastante angústia, pois necessitava, com urgência, da referida autorização, já que somente dispunha das férias de verão, ou seja, os meses de janeiro, fevereiro e parte de março, para a realização do trabalho de campo.

Mesmo sob o impacto dos prazos estabelecidos pelo CEP/SES e a angústia de não ter a autorização para começar a observação, iniciei a elaboração do protocolo do projeto de pesquisa que deveria obedecer às especificações contidas nas *“Instruções para apresentar o protocolo de pesquisa no CEP/SES”*. Em tempo, o protocolo e a documentação exigida, foram entregues na secretaria do CEP/SES. Para que pudesse observar os atendimentos, pelo menos, no mês de fevereiro e durante o mês de março, até o início do período letivo, era necessário que o projeto fosse aprovado na reunião do Comitê que ocorreria em meados do mês de fevereiro. O trabalho de campo, entretanto, tem seu próprio tempo que, como sói acontecer, raramente coincide com o tempo programado pelo antropólogo (a), o que contribui sobremaneira para a manutenção do alto nível de angústia do (a) pesquisador (a), exatamente como eu experimentava naquele momento. Nestas condições, após a entrega do projeto ao CEP/SES, só me restava esperar.

Era necessário contar com que tudo conspirasse a meu favor, isto é, que o projeto fosse avaliado na reunião de mês fevereiro e obtivesse a aprovação. Mas minhas expectativas foram frustradas, já que o projeto nem sequer entrou na pauta da reunião do mês de fevereiro. A explicação foi de que o relator do projeto não comparecera à reunião. Assim, sua avaliação somente ocorreria na reunião a realizar-se no mês de março, período em eu já teria finalizado a observação. No mês de março, o projeto foi submetido à avaliação, contudo foi reprovado porque o Comitê vetou a realização de entrevistas com os pacientes e seus familiares, sob a alegação de que se tratavam de pessoas vulneráveis e sem autonomia plena, de acordo com a Resolução nº 196/96 (CNS/MS).

Assim, tive que encaminhar uma carta resposta ao Comitê solicitando que fossem autorizadas, pelo menos, as entrevistas com os familiares. Na carta, reconheci que os pacientes havendo sofrido uma crise recente, de fato, poderiam apresentar um nível de vulnerabilidade, mas no que se referia aos familiares

“não conseguimos<sup>25</sup> perceber por que os familiares são considerados indivíduos vulneráveis e fora de sua autonomia plena. Certamente, eles apresentam alguma alteração em seu estado emocional, no instante do atendimento ao seu parente, em função da situação de tensão que estão experimentando. Entretanto, alguns dias após a ocorrência do atendimento eles, tendo superado esse estado de tensão e gozando de um estado de autonomia pleno, podem emitir opinião. Além disso, gostaríamos de dizer que a entrevista com os familiares é de extrema importância, porque podem nos fornecer importantes informações sobre a atuação dos profissionais da área de saúde e bombeiros. Dessa forma, realizar uma pesquisa sobre a categoria loucura nesses ambientes institucionais sem ouvir as pessoas que são as receptoras dos serviços deixaria-nos sem conhecer o contraponto necessário à opinião dos agentes sobre sua atividade e concepção de loucura. Assim, a interface que estamos buscando com os familiares não é somente desejável como é necessária e complementar às outras duas.”

Entreguei a carta ao Comitê em meados do mês de maio, mas a questão só entrou na pauta da reunião do Comitê do mês de junho, quando, então, minha solicitação para a realização de entrevista com familiares foi acatada, tendo sido o projeto aprovado em 11 de junho de 2001, mais de cinco meses após o início do processo de obtenção da autorização.

---

<sup>25</sup>O número da flexão verbal está no plural porque, nesse período, minha orientadora era a pesquisadora responsável pela realização do projeto e eu estava como pesquisadora assistente.

Em 2004, resolvi retornar ao campo para realizar uma nova observação dos atendimentos às emergências psiquiátricas no CBMDF e no setor de emergência do Hospital São Vicente de Paulo. Encaminhei-me primeiramente ao CEP/SES para tratar do parecer cuja validade havia expirado já há algum tempo. Esse contato foi realizado no início do mês de maio, e como eu pretendia realizar o trabalho de campo no hospital no mês de julho, julguei que o tempo seria suficiente, já que, desta feita, tratava-se apenas de solicitar a renovação do parecer. Entretanto, nada ocorreu como eu havia planejado: tive que agregar uma boa quantidade de documentos aos que já dispunha, como as autorizações dos diretores das unidades onde pretendia desenvolver a pesquisa e a assinatura do diretor da Diretoria de Promoção e Assistência à Saúde (DIPAS\SES\DF) na folha de rosto do projeto.

Minha previsão era que as emendas ao projeto fossem julgadas na reunião do Comitê que ocorreria na primeira quinzena de junho. Passada essa data, como não havia obtido nenhuma resposta sobre as solicitações feitas ao Comitê, resolvi fazer uma consulta. Fui então surpreendida com a seguinte notícia: a reunião marcada para o dia 14 de junho havia sido transferida para 05 de julho, no entanto, o relator do meu projeto estava em férias e, assim, somente seria julgado na reunião do mês de agosto, quando eu provavelmente, já estaria me preparando para viajar para o México, já que pretendia realizar uma pesquisa comparativa. De fato, o projeto somente teve o parecer revalidado em 02 de agosto de 2004, quando eu pude, então, retornar ao HSVP e conversar com os profissionais da área de saúde e de assistência social.

Em relação ao processo de submissão de projetos para aprovação pelo CEP, gostaria de ressaltar e analisar algumas questões. A primeira diz respeito ao fato de que não é possível mensurar quanto tempo terá que se dispor para a obtenção da autorização. Um projeto pode levar até mais de 12 meses para ser aprovado pelo CEP. Assim, considerando que os cursos de pós-graduação *stricto sensu* têm uma duração de 24 meses, no caso de mestrado e 48 meses, para o doutorado, realizar uma investigação no contexto do desenvolvimento de uma dissertação ou tese em uma unidade de saúde pública pode se tornar inviável, tendo em vista a necessidade de cumprimento dos prazos acadêmicos. Isso

significa, em termos práticos, que um prazo que não pode ser mensurado inviabiliza qualquer cronograma.

Outra questão é que a elaboração da Resolução nº 196/96 que não contou com a presença de antropólogos e, por isso, não incorporou a discussão sobre ética que esta disciplina tem empreendido no âmbito da sua prática (RIBEIRO, s.d.). É preciso esclarecer que a referida Resolução foi pensada e elaborada com base no modelo de pesquisa biomédico, a exemplo das pesquisas do tipo intervencionista, relacionadas aos testes de medicamentos e vacinas. O que foi caracterizado por Cardoso de Oliveira (2003) como *biocentrismo* ou *áreacentrismo*, isto é, a imposição de uma visão local sobre a ética da prática em pesquisa e a própria prática em pesquisa por parte da Biomedicina, como se esta disciplina pudesse ou conseguisse representar a relação entre pesquisador e sujeitos de pesquisa em todas as áreas do conhecimento. Nessa perspectiva, Cardoso de Oliveira (2003) apontou uma importante distinção entre pesquisa *em* seres humanos e pesquisa *com* seres humanos. Na pesquisa *em* seres humanos, estes são tratados como objetos de intervenção. Já na pesquisa *com* seres humanos, como aquelas empreendidas pela Antropologia, estes são tratados como sujeitos de pesquisa, isto é, passam da condição de objeto de intervenção para a condição de sujeito de interlocução, tornando-se parte ativa no processo da pesquisa.

Em relação aos protocolos de pesquisa exigido pelos CEPs, Victora (2005) ressalta o fato de que tais protocolos, como pude constatar, estão fundamentados em uma lógica quantitativa, impossibilitando que sejam respondidos pelas pesquisas qualitativas empreendidas pela Antropologia. Assim, responder de maneira satisfatória aos itens solicitados foi um árduo exercício, em decorrência do qual elaborei, antes mesmo da apresentação do protocolo de pesquisa, um pequeno texto em que não somente justificativa o tipo de resposta que havia elaborado para alguns itens como também alertava o Comitê para o fato de que muitos deles não se aplicavam a uma investigação de caráter qualitativo empreendida pela Antropologia.

Outro ponto que gera questionamentos por parte dos antropólogos em relação às exigências dos protocolos de pesquisa dos CEPs diz respeito ao uso

do Consentimento Livre e Esclarecido<sup>26</sup>, o qual deve ser assinado pelo participante da pesquisa. Entre os antropólogos Cardoso de Oliveira (2003), Ribeiro (s.d) e Victora (2005) há um consenso sobre a legitimidade da exigência do Consentimento Livre e Esclarecido para resguardar os direitos e a integridade dos sujeitos de pesquisa nos casos em que estejam previstas intervenções relacionadas a tratamentos e outros experimentos, isto é, em que os seres humanos sejam inseridos na condição de objetos de intervenção. Entretanto, esses autores fazem críticas ao uso do Consentimento no âmbito da prática de pesquisa antropológica. Cardoso de Oliveira (2003) ressalta o fato de que processo de inserção do antropólogo em uma determinada comunidade sempre envolve uma negociação, de tal forma que a sua permanência no campo e a construção de uma relação dialógica são, por definição, consentidas. O próprio processo de negociação pode trazer informações importantes e fundamentais sobre a cultura do próprio grupo, o que seria inviabilizado com o uso do Termo de Consentimento enquanto um processo formal e anterior ao estabelecimento de qualquer tipo de relação/negociação. Nesse sentido, Victora (2005) defende que a assinatura do Termo ocorra ao longo da pesquisa. Além disso, o trabalho de campo antropológico é marcado pelo encontro de subjetividades que são regidas por códigos de moral e ética específicos, cuja compreensão é fundamental para entendimento daquela cultura. De modo que, é importante considerar também que tal código de ética pode ser bastante distinto daquele preconizado pelo Comitê Nacional de Ética em Pesquisas (CONEP) e pelos Comitês de Ética em Pesquisa (CEPs) locais. Dessa forma, seria inútil querer aplicar a esse encontro um código de ética que não possui referência naquelas subjetividades.

O Consentimento Livre e Esclarecido deve conter uma explicação completa e detalhada do objeto da pesquisa: seus objetivos, procedimentos, benefícios, bem como prever incômodos e riscos. Cardoso de Oliveira (2003), mais uma vez, confronta essa exigência com a prática de pesquisa empreendida pela

---

<sup>26</sup> A Resolução 196/96 (CNS/MS) define como Consentimento Livre e Esclarecido “a anuência do sujeito de pesquisa e/ou de seu representante legal, livre de vícios (simulação, fraude ou erro), dependência, subordinação ou intimidação, após explicação completa e pormenorizada sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, formulada em um termo de consentimento, autorizando sua participação voluntária na pesquisa” (1996, p. 2). Isso significa que o primeiro procedimento no campo é a explicação sobre a pesquisa e o pedido de assinatura do Consentimento Livre e Esclarecido por parte do sujeito de pesquisa.

Antropologia. Segundo ele, as regras para a elaboração do Termo de Consentimento trazem novas dificuldades para as pesquisa em antropologia, tendo em vista que seu objeto é redefinido após a pesquisa de campo, sendo raro que um antropólogo tenha uma definição clara e definitiva do seu objeto de pesquisa no momento em que está realizando o trabalho de campo e, portanto, interagindo com os sujeitos de pesquisa. Além disso, Cardoso de Oliveira (2003) alerta que, do ponto de vista do fazer antropológico, nem é desejável que o pesquisador tenha uma definição clara, bem amarrada e conclusiva do seu objeto no início da pesquisa.

Diante dessa série de considerações, reforço a proposta feita por Victora (2005) de que os protocolos de pesquisa submetidos aos CEPs sejam avaliados a partir dos princípios metodológicos e éticos, que regem a área disciplinar à qual se filia, e da a coerência interna de cada protocolo, que indicaria as especificidades éticas daquela determinada situação. Chamo, enfim, a atenção para o fato de que essas questões devem ser discutidas ampla e urgentemente, sob pena de que nossas pesquisas sejam engessadas por regras que não levem em consideração a natureza específica da investigação antropológica (RIBEIRO, s.d).

### **2.2.3 A obtenção da autorização no Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal (CBMDF)**

Em 2001, antes mesmo de entregar o protocolo do projeto ao CEP/SES, entrei em contato com o Comando Geral do CBMDF com a intenção de obter autorização para acompanhar e observar os atendimentos às emergências psiquiátricas realizados pelos profissionais que atuam em um de seus quartéis, o 2º Batalhão de Incêndio<sup>27</sup>. Na ocasião, um militar informou-me não ser necessária a autorização daquele Comando, mas sim do comandante do referido Batalhão. Contatei o 2º Batalhão através de um telefonema, e, ao esclarecer a um dos

---

<sup>27</sup> O 2º Batalhão está situado em Taguatinga, cidade-satélite do Distrito Federal. A escolha desse quartel ocorreu em função de sua proximidade ao Hospital São Vicente de Paulo, para onde os bombeiros encaminham muitos dos casos psiquiátricos. Além disso, o quartel, por ser maior, é responsável pelos atendimentos ocorridos não somente na cidade de Taguatinga, mas também em outras cidades-satélites situadas nas proximidades, como Ceilândia, Gama, Samambaia, Brazlândia, Recanto das Emas e Santa Maria. Esse e outros oito quartéis, subunidades que o compõem, somavam, à época, um contingente de 939 militares, entre homens e mulheres. No quartel do 2º Batalhão de Incêndio atuavam 274 bombeiros.

oficiais<sup>28</sup> que desejava realizar uma pesquisa, ele também me orientou a falar diretamente com comandante e, na mesma ocasião, agendou data e hora para que pudesse reunir-me com ele. Esse mesmo oficial facilitou meu acesso ao quartel, fazendo a mediação com comandante do Batalhão que, após ter lido a carta de apresentação emitida pelo Departamento onde eu estudava, autorizou a realização da pesquisa, bem como a observação dos atendimentos nas viaturas tipo ambulância.

O Comandante perguntou por quantos dias eu acompanharia as atividades das ambulâncias. Como ele mensurou o período em dias, percebi que talvez eles não estivessem dispostos a me receber por um longo período. A despeito disso, solicitei autorização para um mês. A autorização foi formalizada através de um ofício em que constava meu nome, o nome da instituição à qual eu estava ligada e o período da autorização. O referido ofício foi afixado no quadro da sala dos oficiais de dia<sup>29</sup> e, nos dias subseqüentes, iniciei a observação das atividades dos agentes do CBMDF, que se estendeu até meados do mês de março de 2001.

Em 2004, para que pudesse ter acesso ao 2º Batalhão de Incêndio do CBMDF e obter novamente a autorização, agendei uma reunião com o comandante. No dia marcado, encaminhei-me ao 2º Batalhão e cumpri o mesmo ritual que havia apre(e)ndido em 2001: parei o carro na guarita da sentinela, que veio saber o que eu desejava e autorizar meu ingresso. O trajeto também era o mesmo: subir dois lances de escada, à direita, na entrada do prédio. Após alguns minutos de espera, fui levada pelo subcomandante até a sala do comandante. Entreguei-lhe a carta de apresentação emitida pela instituição a qual estava filiada e, na seqüência, falei sobre a pesquisa, os objetivos e também lhe relatei a experiência do trabalho de campo realizado em 2001. Ele foi muito receptivo, falou-me um pouco sobre os atendimentos às emergências psiquiátricas e, quando mencionei que, posteriormente, entrevistaria alguns familiares de pacientes atendidos em situações de emergência psiquiátrica, disse-me que a corporação tinha todo interesse em saber o que a população pensava sobre o

---

<sup>28</sup> O Corpo de Bombeiros Militar é integrado por oficiais e praças, sendo aqueles hierarquicamente superiores a estes.

<sup>29</sup> Oficial de dia, como o próprio nome indica, é o oficial responsável pelas atividades de socorro prestadas por aquele quartel, em um período de 12 ou 24 horas. Em geral, o oficial de dia é um tenente, militar que está no início da carreira de oficial.

serviço prestado por ela. O comandante disse que, como se tratava do acompanhamento dos atendimentos nas viaturas, ele teria que conversar com Comando Geral para ver se eles autorizavam a pesquisa, já que isso envolvia riscos para mim. Eu disse que estava informada sobre os riscos e os assumia, já que, em função da realização da pesquisa em 2001, tinha experiência em *correr nas viaturas*<sup>30</sup>. De toda forma, ele disse que deveria comunicar o Comando Geral e pedir a autorização. O comandante também solicitou que eu lhe entregasse uma declaração, informando que estava ciente dos riscos e que os assumia, isentando, assim, a instituição de qualquer responsabilidade sobre a minha integridade. Essa postura revelou não somente a forma como esses militares me viam, mas, em última instância, uma das formas como percebem o gênero feminino.

A proteção é destacada por Golde (1970) como uma temática importante no trabalho de campo, já que, segundo ela, está subjacente a uma percepção do gênero feminino, em que há uma avaliação da vulnerabilidade da mulher, vista em termos de uma relativa fraqueza física, menor desembaraço em confrontar riscos imprevistos ou abertura para o ataque sexual. A proteção, diz ela, surge como uma temática antes mesmo que a etnógrafa tome lugar ou residência na comunidade. Creio que foi essa percepção que esteve informando a atitude do comandante quando me solicitou a referida declaração. Assim, o processo de autorização da pesquisa também acabou por revelar a forma como eu era percebida pelo Comando, isto é, como frágil e desprotegida, que é um dos modos como, em suma, percebem o gênero feminino.

No caso dos meus colegas antropólogos, que também realizaram pesquisas em quartéis do CBMDF, a exigência para entrar na viatura foi outra. Segundo Martins (2003), após obter a autorização do comandante do quartel, ele também teve que negociar cotidianamente sua entrada nas viaturas com os oficiais de dia. Estes lhe disseram que atenderiam prontamente ao seu pedido, desde que ele cumprisse um pré-requisito: fazer *flexões de braço*. Inicialmente, o antropólogo pensou tratar-se de uma brincadeira, porém os oficiais continuaram insistindo nas flexões sempre que ele fazia a solicitação para acompanhá-los nas

---

<sup>30</sup> Conforme Martins (2003), correr numa viatura para um agente do Corpo de Bombeiros significa atuar, sair numa ocorrência em determinada viatura.

viaturas. Martins disse que sentiu muito incomodado com a situação e procurou o comandante do quartel para questionar a necessidade de cumprir esse procedimento. O comandante lhe respondeu que não haveria como fugir das flexões, já que ele era um paisano e isso era uma tradição no CBMDF. O antropólogo respondeu-lhe que não poderia cumprir esse pré-requisito, pois nunca fizera flexões. O comandante lhe garantiu que era fácil fazê-lo. Assim, diante de outros militares, fez cerca de trinta flexões, disse Martins (2003). Naquele instante, segundo o autor, um oficial puxou-o pelo braço e ele teve que, com muito esforço físico, fazer cerca de dez flexões. Depois disso, foi aberto para o pesquisador um *credflex*, onde constava sua assinatura e seu compromisso em fazer cinquenta flexões como juro pelas não pagas. Pode-se notar, assim, que os processos de admissão de homens e mulheres, que não pertencem à corporação, para *correr nas viaturas* são diferentes, em certo sentido opostos, e marcados por percepções específicas de gênero. No que se refere a mim, foi acentuada a questão da segurança, com ênfase em aspectos de vulnerabilidade da mulher, vista em termos de uma fragilidade física. Quanto à Martins, ao contrário, foi ressaltada a necessidade de demonstrar força física como forma de provar sua capacidade para correr em uma viatura do CBMDF e, em última instância, provar também sua masculinidade, conforme afirma o próprio pesquisador: “ *ser etnógrafo de um quartel de bombeiros significa ser iniciado em um domínio social marcado pela hierarquia, pelo segredo e por uma masculinidade a ser sempre conquistada*” (MARTINS, 2003, p.10)

Segundo Chaves (2003), o Corpo de Bombeiros exige para seus quadros um tipo específico de homem, isto é, viril, preparado física e psicologicamente para suportar situações adversas e, assim sendo, capaz de feitos extraordinários, não acessíveis aos homens comuns, o que lhe configura uma dimensão de heroicidade. Há entre os bombeiros um discurso acentuado sobre a masculinidade ligada à virilidade, a qual tem uma grande influência na “demarcação do espaço onde a heroicidade bombeira se realiza, a partir da exclusão do feminino e da desvalorização do paisano através de um discurso de supersexualidade” (CHAVES, 2003, p.8). Dessa maneira, segundo Chaves(2003), as bombeiras não são equivalentes aos bombeiros porque não são ontologicamente heróicas. A corporação é pensada no masculino, o que dificulta a flexão das patentes no

feminino, de modo que as mulheres, caso queiram ser prestigiadas na instituição, devem transitar em um registro de gênero masculino.

Voltando a questão da autorização para realizar a observação no 2º Batalhão de Incêndio do CBMDF, conforme ficara acertado com o comandante, ele entraria em contato com o Comando Geral e, posteriormente, informaria a decisão. A espera levou pouco tempo, já que minutos após ter saído do Batalhão, recebi uma ligação do comandante informando que a pesquisa estava autorizada, desde que eu levasse a declaração assumindo riscos e responsabilidades sobre a minha integridade. A despeito do que pensava sobre as instituições de segurança pública e sua tendência ao fechamento, já que, em geral, podem ser caracterizadas como instituições totais<sup>31</sup>, foi uma grata surpresa perceber que em ambos os processos de solicitação de autorizações os Comandantes da instituição foram receptivos e abertos à realização da pesquisa no quartel que comandavam.

Comparando os processos de solicitação de autorização no CEP/SES e no CBMDF, pode-se dizer que este último possui um processo menos formalizado no que diz respeito à realização de uma pesquisa em seus espaços, embora siga alguma formalização, já que para ter acesso a suas dependências tive que

---

<sup>31</sup> Goffman (1972), enfocando a situação de pacientes internados em hospitais psiquiátricos, define esses estabelecimentos como instituições totais. “Uma instituição total pode definir-se, como um lugar de residência e trabalho, onde um grande número de indivíduos em igual situação, isolados da sociedade por um período apreciável de tempo, compartilha em seu interior uma rotina diária, administrada formalmente” (Goffman, 1972[1961], p.13). Segundo ele, toda instituição social configura-se como um lugar onde se desenvolve regularmente determinada atividade. Por isso, essas instituições absorvem grande parte do tempo e do interesse de seus membros e, com isso, lhes proporciona um mundo próprio, acredito que a maneira do que definimos, anteriormente, como uma subcultura. Essa tendência absorvente e totalizadora da instituição é simbolizada através dos obstáculos que ela impõe à interação social com o exterior e ao êxodo de seus membros. O autor classifica as instituições totais em cinco grupos (Goffman, 1972, p.19): o primeiro, compreende as instituições que se destinam a cuidar de pessoas capazes e inofensivas como cegos, anciãos, órfãos e indigentes. O segundo, compreende aquelas que tratam de pessoas que são incapazes de cuidar de si mesmas e constituem uma ameaça involuntária para a comunidade: enfermos infecciosos, hospitais psiquiátricos e os leprosários. No terceiro grupo estão as instituições que foram organizadas para proteger a comunidade contra quem constitui intencionalmente um perigo para ela, em tais instituições não se propõe como uma finalidade imediata o bem estar dos reclusos, o autor se refere aqui as prisões, presídios, campos de trabalho e de concentração. O quarto grupo inclui as instituições deliberadamente destinadas ao melhor cumprimento de uma tarefa laboral e que só se justificam por estes fundamentos, trata-se dos quartéis, das escolas de internos, dos campos de trabalho, de diversos tipos de colônias e das mansões senhoriais. No quinto grupo o autor coloca os estabelecimentos concebidos como refúgios do mundo, que servem também para a formação de religiosos como mosteiros e conventos.

apresentar cartas e declaração. Entretanto, na mesma medida em que é menos formal, esse processo torna-se mais pessoal, pois é determinado pela interação estabelecida entre o(a) pesquisador(a) e o comandante na reunião de apresentação e também pelo grau de confiabilidade que se possa transmitir.

#### **2.2.4 Espaço e tempo do atendimento às emergências psiquiátricas no CBMDF**

Os atendimentos às emergências psiquiátricas podem envolver vários espaços: viaturas especializadas, residências, ruas, estabelecimentos comerciais, prédios públicos etc. No CBMDF existem duas viaturas para atender aos *pacientes psiquiátricos*: a Unidade Tática de Emergência (UTE) e a Unidade de Resgate e Salvamento Avançados (Ursa). A UTE é a que, por excelência, presta o atendimento aos pacientes psiquiátricos. Caso, porém, esteja ocupada, é designada para o atendimento outra viatura, em geral, a Ursa (CARVALHO, 2002). A UTE, uma viatura do tipo furgão, é destinada aos atendimentos pré-hospitalares. Seu espaço interno é preenchido por uma maca e por diversos instrumentos e materiais utilizados nos atendimentos de emergência médica. A guarnição dessa viatura é composta por três bombeiros: um motorista e dois socorristas<sup>32</sup> (CARVALHO, 2002). A Ursa, uma caminhonete de cabine dupla com capacidade para transportar até seis pessoas, foi criada para prestar rápido socorro em casos de princípio de incêndio e acidentes automobilísticos. Possui material de corte que possibilita a retirada de pessoas presas em ferragens, sendo sua guarnição composta por quatro bombeiros: um motorista, dois auxiliares e o comandante de socorro, que é o oficial de dia (CARVALHO, 2002). Os dois veículos são pintados de vermelho e branco, as cores do Corpo de Bombeiros, estão equipados com sirenes, o *giroflex* – as luzes localizadas no teto de cada viatura – e trazem em suas laterais o emblema da corporação. A UTE também traz o símbolo da emergência médica<sup>33</sup>.

---

<sup>32</sup> Socorristas são bombeiros que possuem o curso de formação – Estágio de Socorros de Urgência Pré-Hospitalar – para atuar em situações de emergência pré-hospitalar.

<sup>33</sup> Esse símbolo, formado por uma estrela de seis pontas e por uma serpente enrolada num cajado (símbolo da medicina), chama-se *estrela azul da vida*. Cada uma das pontas da *estrela* representa uma das fases do atendimento pré-hospitalar, i.e.: o recebimento do chamado, a autorização da

A viatura é um importante espaço para o bombeiro, pois é capaz de transportá-lo de forma rápida ao local do atendimento, disponibilizando-lhe os instrumentos necessários a sua ação (CARVALHO, 2002). A prática dos bombeiros possui uma natureza de urgência, principalmente porque abrange situações de iminente risco de perda da vida. Embora o atendimento ao *paciente psiquiátrico* demande um tempo de execução maior que o exigido por um acidente automobilístico, em função do processo de avaliação<sup>34</sup>, ele também deve ser realizado no menor tempo possível por questões de controle da ordem social (CARVALHO, 2002). Desse modo, a necessidade de um rápido deslocamento até o local da ocorrência faz que todo o tempo da atuação dos bombeiros tenha como pressuposto o uso de viaturas. Nessa perspectiva, é importante destacar que a viatura conjuga em si a imbricação das categorias tempo e espaço no CBMDF. Segundo Martins (2003), essa ligação tão pragmática entre bombeiro e viatura faz que esta última se torne um emblema da coletividade bombeira. Segundo o autor, estabelece-se uma relação de contigüidade entre viatura e bombeiro, constituindo-se a primeira em uma extensão do corpo de cada bombeiro.

## **2.2.5 O trabalho de campo, a inserção e a interação no CBMDF**

### **O uso de uniformes**

Nas duas etapas do trabalho de campo, 2001 e 2004, os comandantes do 2º Batalhão de Incêndio, após autorizarem a realização da pesquisa, levantaram uma questão que dizia respeito à minha conformidade e enquadramento em relação ao grupo. Em 2001, o modo como eu deveria me trajar foi discutido entre o comandante e o oficial logo na primeira visita. Depois de conversarem, eles decidiram que eu deveria usar calça jeans, tênis e camiseta brancos, o uniforme dos estagiários da emergência médica. Isso fez que muitas pessoas atendidas nas viaturas pensassem que eu era médica, vindo questionar-me sobre os conhecimentos específicos dessa profissão e tratando-me como *doutora*, numa referência ao profissional médico. Eu esclarecia o equívoco, dizendo-lhes que os

---

saída das equipes para o socorro, o deslocamento até a ocorrência, o atendimento da vítima no local, os cuidados em trânsito e a entrega da vítima ao hospital.

<sup>34</sup> Este processo será analisado no próximo capítulo.

socorristas poderiam informá-los melhor. Muitos bombeiros, vendo-me pela primeira vez, apesar de identificarem o uso do uniforme de estagiária, ficavam em dúvida quanto a minha função, sobretudo porque me viam fazendo anotações na caderneta.

Entendi, então, que a preocupação do oficial e do comandante sobre o vestuário era, de fato, determinar uma maneira que melhor me identificasse e me posicionasse. Uma instituição com tendência ao fechamento, como é o caso do CBMDF, precisa incorporar (identificar e posicionar conforme seus códigos) o *de fora* antes que este possa transitar nos espaços do quartel e das viaturas (CARVALHO, 2002).

Em 2004, a mesma questão foi levantada pelo comandante, ainda que de maneira implícita na menção ao uso de equipamentos. Ele apresentou-me a um outro oficial que coordenava as tropas e pediu-lhe que me orientasse quanto ao uso de equipamentos. Fiquei pensando a que tipo de equipamentos ele se referia. Após sairmos da sala do comandante, o coordenador das tropas mencionou que eu deveria usar alguma coisa que pudesse proteger-me quando estivesse na viatura, já que, provavelmente, iria ter contato com pessoas feridas e portadoras de diversas doenças. Percebi que ele estava um pouco constrangido, sem saber de que maneira me dizer isso. Então lhe sugeri: “pode ser um jaleco?” Fiz essa proposta porque o uso do jaleco era mais prático e mais barato do que o uso do uniforme de estagiária da emergência médica, utilizado em 2001. Ele disse: “sim, um jaleco está perfeito porque te protege caso tenha contato com sangue e outras substâncias”. Mais uma vez estava em discussão meu traje que, neste caso, foi mencionado a partir da perspectiva da proteção, mas que, de toda forma, serviria como elemento de identificação e de incorporação, permitindo que eu pudesse transitar nos espaços do quartel e das viaturas.

O uso do jaleco, novamente, fez que muitas pessoas me confundissem com uma médica ou, no caso dos bombeiros, também como uma psicóloga, já que muitos sabiam que eu estava observando especificamente os atendimentos às emergências psiquiátricas. Todavia, jamais fui identificada como bombeira ou socorrista, já que o uniforme, nesses casos, simboliza a identificação imediata e primordial entre o membro e sua corporação.

Em função dessas múltiplas identificações, tive que construir minha figura como pesquisadora e antropóloga através de uma amálgama entre a forma pela qual os membros daquela corporação me percebiam e minha auto-identificação profissional. À medida que eu era conformada às categorias estagiária ou médica, informava-os que era antropóloga (o que os surpreendia) e completava a informação dizendo-lhes que havia uma área de pesquisa dentro da Antropologia que trata de saúde e doença (ou melhor, da relativização desses processos) chamada Antropologia Médica ou Antropologia da Saúde. Com essa explicação, eu mesclava a percepção inicial que eles tinham sobre mim e que estava relacionada aos profissionais de saúde, com o papel que eu desejava assumir dentro daquele espaço, buscando criar uma posição que pudesse ser compreendida pelo grupo.

Outra temática recorrente em um trabalho de campo, segundo Golde (1970), é a conformidade, ou seja, a percepção de como o (a) antropólogo (a) se torna familiar àquele espaço e àquela comunidade. Tanto na primeira etapa do trabalho de campo como na segunda, percebi que havia me tornado familiar àquele espaço quando o cumprimento do ritual da entrada deixava de ser necessário. Isto é, eu deixava de ser parada na guarita da sentinela e conduzida por alguém até os espaços do quartel, é como se o perigo que eu representava já tivesse sido controlado.

### **Suspeição**

Segundo Golde (1970), a suspeição inicial é a resposta mais esperada, em relação ao estranho que entra em uma comunidade, do que a aceitação unívoca. Para a autora, se uma comunidade está concebida como um sistema de papéis definidos e relações organizadas, com base em comportamentos predefinidos, é provável que um *de fora* seja, inicialmente, percebido como uma ameaça potencial à ordem e, por sua vez, possa gerar comportamentos defensivos a fim de preservar a integridade do sistema (GOLDE, 1970, p.7). Fui, assim, alvo de suspeitas, não dos comandantes, mas dos comandados do CBMDF, os quais nutriram uma série de suspeitas sobre mim durante as primeiras visitas ao quartel e o acompanhamento das atividades na UTE.

Em 2001, no segundo dia de observações procurei ser apresentada ao oficial de dia, já que ele deveria permitir a minha entrada na viatura. Embora meu acesso ao quartel tivesse sido autorizado formalmente, a entrada nas viaturas para a observação dos atendimentos deveria ser, diariamente, negociada com os oficiais de dia. A autorização formal servia-me, de fato, como um apoio para a negociação cotidiana. Nunca fui impedida, por qualquer oficial de dia, de acompanhar os atendimentos e alguns, além de incentivar meu trabalho, prestavam-me valiosas informações sobre as atenções aos *pacientes psiquiátricos*. Alguns oficiais, no entanto, nutriam certas desconfianças sobre a minha identidade e sobre o que eu iria ‘realmente’ fazer com aquelas anotações. Isso, por vezes, fez que alguns oficiais tentassem retardar ao máximo minha entrada na viatura, ainda que procurassem fazê-lo polidamente. Assim, uma combinação de cordialidade e suspeita marcou meu relacionamento com os bombeiros:

“Não será uma agente da Polícia Civil, ou diretamente da Secretaria de Segurança Pública, implantada no quartel para nos vigiar?” Um deles acabou confessando, em tom de cordial brincadeira, a sua desconfiança: “Já pensou se você chega depois e diz que é uma procuradora do Ministério Público?” Rimos os dois e, apesar do tom de brincadeira, tratei de aplacar suas suspeitas (CARVALHO, 2002, p.13).

Na segunda etapa do trabalho de campo, ocorrida em 2004, o comportamento defensivo de um dos agentes do CBMDF em relação a minha presença foi imediato e evidente. No primeiro dia de observação, como nem o oficial de dia e nem a viatura estavam no quartel, fiquei na sala do coordenador conversando com ele e com outros militares que lá estavam. Assim que a UTE chegou ao quartel, o chefe da guarnição subiu até a sala do coordenador, entrou e permaneceu com braços cruzados para traz e com a cabeça semi-abaixada, em posição de quem recebe uma ordem de um militar hierarquicamente superior. O coordenador apresentou-me, informando-lhe meu nome, a universidade a qual eu pertencia e que eu iria correr na UTE para observar o atendimento às emergências psiquiátricas. O chefe da guarnição assentiu, mas pude perceber o seu desagrado.

Ao entrar na viatura, ele me sugeriu que usasse máscaras e luvas para me proteger<sup>35</sup>, mas notei que fazia isso de maneira muito formal. Depois dessas instruções tentei iniciar uma conversa, a fim de complementar as informações que o coordenador de tropas havia lhe passado sobre minha pesquisa. Dando mostras de que não queria prolongar a conversa, ele me respondeu: “bom, eu faço o que sou mandado”<sup>36</sup>. Com isso, considerei que era urgente agir no sentido de a ganhar a confiança daquele militar<sup>37</sup>. Então, lhe disse: “Mas não se trata de uma questão de recebimento de ordem”. Na seqüência, expliquei-lhe que era uma pesquisadora independente, estava ali por interesses próprios e com a finalidade de cumprir uma atividade acadêmica. Portanto, não estava ligada ao Comando do CBMDF e, cumprindo uma ética profissional, manteria o anonimato dos nomes de todos os agentes com os quais tivesse contato no contexto da pesquisa. Essa explicação produziu uma mudança no comportamento do militar que começou a conversar comigo de maneira mais amistosa, contando-me, inclusive, histórias sobre os atendimentos às emergências psiquiátricas. Essa foi uma micro-estratégia utilizada para tentar dissipar a suspeição que recaía sobre mim.

---

<sup>35</sup> A prática dos socorristas do CBMDF está baseada em uma noção de corpo como transmissor de doenças e, portanto, fonte de perigo. Assim, todo contato com essa fonte de perigo deve ser ritualizado através do uso de luvas e máscaras, de forma a mantê-lo sob controle e diminuir as chances de contaminação.

<sup>36</sup> O CBMDF é uma instituição militar em que a hierarquia e a disciplina constituem suas bases, sendo que a autoridade e a responsabilidade crescem de acordo com o grau hierárquico (MARTINS, 2003). Os bombeiros estão divididos hierarquicamente em duas classes: oficiais e praças. O 13º Estatuto do Bombeiro-militar estabelece que o oficial é preparado para o exercício do comando, da chefia e da direção das organizações do CBMDF. As duas patentes mais altas na classe dos praças (subtenente e sargento) auxiliam e complementam as atividades dos oficiais no que diz respeito à instrução dos demais militares e à administração, mas continuam sendo hierarquicamente inferiores aos oficiais. As duas patentes mais baixas da classe dos praças (cabo e soldado) executam tarefas (MARTINS, 2003). A hierarquia configura-se, assim, em um importante mecanismo de controle, normatização e conformação do comportamento dos indivíduos na instituição.

<sup>37</sup> A consideração de que essa atitude era urgente se devia ao fato que os bombeiros mantêm uma convivência freqüente e prolongada e no âmbito dessa convivência trocam-se muitas coisas, inclusive conversas, informações, brincadeiras (CHAVES, 2003). Assim, meu temor era que a má impressão ou suspeita desse militar fosse passada para os outros militares através de conversas e isso gerasse a desconfiança em toda a corporação e principalmente nas guarnições da UTE, inviabilizando minha presença nessa viatura. Além disso, uma instituição militar com tendência ao fechamento, hierárquica, na qual os hierarquicamente inferiores estão sempre sujeitos a punições em função de erros cometidos, ter um elemento *de fora* que lhe foi “imposto” pelo comando é motivo suficiente para se fechar a esse elemento. Essas eram as pessoas com que eu ia ter o contato mais estreito e cotidiano, por isso, me parecia tão urgente ganhar a confiança daquele militar, já que também eu provavelmente iria acompanhar suas atividades em outras ocasiões, como de fato aconteceu.

## A interação com os bombeiros

Na primeira etapa do trabalho de campo, fui ganhando, com o tempo, a confiança, em especial dos bombeiros que atuam na UTE. Eles diziam que eu havia me tornado uma prova do quanto eles trabalhavam e que, se alguém dissesse o contrário, eu deveria defendê-los, pois era testemunha do *rala* deles (CARVALHO,2002). Segundo Clifford (1998), o trabalho de campo estabelece também uma relação de reciprocidade, já que uma pergunta desencadeia uma troca e uma resposta institui uma dívida. Assim, percebi que a atitude dessa guarnição estabelecia qual seria minha contrapartida na relação.

Segundo Martins (2000), quando um bombeiro começa a correr nas viaturas, após o término do primeiro plantão, é *batizado* com um banho de mangueira dado pela viatura de combate a incêndio. O antropólogo disse que ele próprio foi iniciado com esse banho. Algo parecido aconteceu comigo quando, no segundo dia de observação, também levei um banho. Retornávamos de uma ocorrência para o quartel. Havia chovido muito e a viatura acumula água em seu forro, de maneira que, quando colocada em movimento, toda essa água escorre, molhando os ocupantes. Conforme o local que se ocupe dentro da viatura, é possível tanto se proteger da água quanto realmente levar um banho. Eu ocupava a cadeira do socorrista auxiliar e fui contemplada com a última alternativa. Todos riram muito e disseram que esse havia sido o meu batizado. Senti que isso simbolizava, ainda que de maneira temporária, uma ritual de incorporação, senão aos bombeiros pelo menos àquela guarnição (CARVALHO, 2002). De acordo com Chaves (2003), as relações interpessoais estabelecidas entre os bombeiros são amplamente mediadas pela jocosidade.

Na segunda etapa do trabalho de campo, posso dizer que novamente minha relação com os bombeiros foi marcada por uma cordial desconfiança. A interação era muito boa, não se passava um dia sem que algum militar viesse me contar histórias sobre os atendimentos às emergências psiquiátricas, a fim de ajudar-me com informações<sup>38</sup>. Outros brincavam que iam fazer um à *parte*<sup>39</sup>,

---

<sup>38</sup> Essas narrativas sobre os atendimentos a *pacientes psiquiátricos* são sempre muito parecidas, o enredo é o mesmo, a única variante da história é o autor do feito, pois cada qual que narra uma história atribui a si. Essas narrativas sempre incluem elementos de destreza e de sagacidade para lidar com os pacientes psiquiátricos. O uso da força física é sempre relacionado à perspectiva da

informando ao Comando que eu estava atrasada para entrar ao trabalho. Um outro militar, chefe de guarnição sempre brincava, dizendo que eu era “a menina que chama doido”<sup>40</sup>, pois, segundo ele, às vezes, eles passavam dias sem realizar uma emergência psiquiátrica, entretanto, era só eu chegar ao quartel para surgirem várias ocorrências desse tipo. Por isso, ele também me chamava de *pé frio*. No jargão bombeiro, essa nomenclatura serve para designar um militar cujo plantão é sempre tumultuado, cheio de ocorrências, com acidentes graves e incêndios. Essa designação é como um jogo de empurra-empurra em que os militares estabelecem entre si uma relação de jocosidade: um militar chama o outro de *pé frio* e este, por sua vez, diz que não é ele, repassando a designação a outro colega. E a brincadeira continua, criando uma atmosfera de ludicidade. Ao ser chamada de *pé frio*, agi da mesma maneira, dizendo não era eu, e sim um outro militar que havia corrido conosco por algumas horas na viatura<sup>41</sup>.

---

destreza e da rapidez de movimentos, mas nunca à perspectiva do controle social e da coerção. Isso confirma a tese de Martins (2003), para quem as narrativas dos bombeiros sobre suas ações sempre colocam ênfase na dimensão da heroicidade, do indivíduo que doa a sua vida para salvar outra, que é rápido, preciso e impetuoso na luta contra a morte ou tudo o que crie a sua possibilidade sem, entretanto, fazer qualquer referência ao papel que desempenham enquanto parte do sistema repressão e controle do Estado. Assim, de acordo com referido autor, os bombeiros do CBMDF convivem simultaneamente com a identidade heróica e a de agentes estatais de controle social e manutenção da ordem. O desempenho dessas duas funções gera um conflito para o bombeiro, ou mais bem um conflito entre a sua identidade e o desempenho da função de repressão e controle, daí o destaque dado à heroicidade no contexto das narrativas.

<sup>39</sup> *A parte* é o documento, elaborado pelos chefes de guarnições e pelo oficial de dia, que informa qualquer alteração durante o plantão, inclusive as falhas na conduta de trabalho dos militares.

<sup>40</sup> A nomenclatura mais utilizada por eles para se referirem a mim, na segunda etapa do trabalho de campo, era *doutora*. Eu não sabia, ao certo, se era por uma referência ao doutorado ou, em alguns casos, porque me confundiam com médica ou psicóloga. O uso da nomenclatura *menina*, que era freqüente na etapa do trabalho de campo em 2001, agora somente era utilizado em uma situação de cordial brincadeira.

<sup>41</sup> Segundo Chaves (2003), a jocosidade serve para ritualizar o pertencimento ao grupo e, portanto, a exclusão dos não iniciados. Assim, esse jogo tem suas formas de exercício, bem como modalidades e formas de locução pactuadas entre os praticantes. Entre os bombeiros, a jocosidade e a ludicidade são explicadas num contexto de enfrentamento com o perigo, conjugado à velocidade, à imprevisibilidade e à adrenalina no corpo e na psique (CHAVES, 2003). Assim, eles sempre brincavam e diziam que eu nem precisava sair do quartel para pesquisar os *pacientes psiquiátricos* porque “bombeiro é tudo doido”. Essa frase também era dita no sentido de destacar que se deve brincar com as emoções para que elas não sufoquem o sujeito, referindo-se que o tipo de trabalho que eles realizam demanda que se crie um humor capaz de atenuar ou liberar as tensões vividas nas situações de emergência. O alvo da jocosidade dos bombeiros pode ser os próprios colegas, mas, às vezes, essa jocosidade se volta para as vítimas atendidas pela ambulância. O principal alvo é o *papa-índia*, um codinome para *pé-inchado*, designação usada para se referir aos alcoolizados. Assim, estabelecer uma relação de jocosidade com eles era, para mim, uma forma de perceber-me aceita, mas também de ritualizar a suspeição que poderia ser uma fonte de conflitos e mal entendidos.

Apesar de toda essa boa interação, as desconfianças não deixaram de existir por completo. Ao me verem fazendo anotações na caderneta, me perguntavam o que eu tanto anotava. Eu lhes respondia que necessitava dos dados para fazer meu relatório diário e que os anotava para não esquecê-los. Anotar constitui uma parte importante do trabalho de campo. Segundo Cardoso (1986), observar é contar, descrever e situar a vivência cotidiana e as relações nela estabelecidas. Entretanto, em um trabalho de campo, as anotações da observação se dão em meio à participação e à convivência, o que representa uma pausa ou uma suspensão no fluxo das relações intersubjetivas, a qual não ocorre nas relações estabelecidas cotidianamente fora do contexto de pesquisa. Acredito que essa suspensão inesperada aliada à suspeição sobre o conteúdo do que eu anotava é o que causou estranheza aos sujeitos de pesquisa.

Minhas anotações, portanto, causavam estranheza e suspeita aos militares, mas o gravador foi o que, seguramente, despertava maior estranhamento e receio. Alguns bombeiros perguntavam-me, receosos, se eu estava gravando todos os atendimentos e eu lhes informava que o gravador somente seria usado nos casos de atendimento aos *pacientes psiquiátricos*. Eles me davam informações que eram necessárias para o meu trabalho e esperavam receber, em troca, informações sobre meus procedimentos, o que se configura tanto como um comportamento defensivo, mas, ao mesmo tempo, como um comportamento ativo e crítico dos sujeitos de pesquisa em relação à pesquisadora e ao processo da pesquisa.

Conforme ocorrera na primeira etapa do trabalho, até as suspeitas eram expressas em tom de cordialidade e brincadeira. Alguns brincavam e diziam que eu era, na verdade, um P2<sup>42</sup> e estava anotando todas as falhas e furos dos atendimentos no meu caderninho. Um dia disseram isso a um aspirante a oficial, porque a viatura que ele comandava foi a última a chegar ao local do atendimento e ele, de fato, ficou com uma expressão de preocupação. Levando em consideração as falas e as situações já relatadas, é possível dizer que esse ambiente é permeado pelas noções de suspeição, vigilância e punição. Os militares se sentem vigiados não somente por seus superiores, mas por seus

---

<sup>42</sup> P2 são os policiais militares vestidos à paisana que, segundo eles, ingressam nos espaços militares com o objetivo de vigiar a ação dos colegas e denunciar suas falhas aos comandos.

próprios colegas, daí a suspeição e o temor em relação à algum tipo de punição que vai de advertências a expulsão, passando por detenções, pagamento de material extraviado ou danificado, podendo gerar atrasos no ascenso da carreira.

Considerando essas características do ambiente, acredito que tais insinuações (de que a antropóloga poderia ser um alcagüete) provavelmente recairiam sobre qualquer *de fora* que adentrasse aquele espaço para realizar algum tipo de atividade relacionada à observação e/ou acompanhamento das atividades dos bombeiros, como os jornalistas que, às vezes, realizam reportagens. Mas, no meu caso, havia a agravante de que a estância seria prolongada, fator que fez crescer as suspeitas. Minha atitude em relação a essas insinuações foi tentar, com o tempo, criar e manter uma relação de confiança, buscando esclarecer para os sujeitos de pesquisa quais eram meus objetivos, além de garantir-lhes sigilo e anonimato, sempre me dispondo a conversar sobre as dúvidas que eles tinham em relação ao processo da pesquisa (tivessem elas o formato de uma suspeita ou não).

### **Questões de gênero**

Considerando que o Corpo de Bombeiros é uma instituição marcada pela masculinidade e, ainda mais, pela masculinidade sedutora (CHAVES, 2003), o fato de ser mulher foi uma temática importante em minha inserção no quartel. Segundo Chaves (2003), as narrativas sobre sexualidade e a masculinidade entre os bombeiros do CBMDF representam um discurso amplamente compartilhado e repetido que, em última instância, acaba por simbolizar o pertencimento ao grupo. Dessa forma, o encontro com qualquer mulher é, para os bombeiros, motivo de inteira atenção e

o exercício da sedução apresenta-se como hábito quase sagrado, tão corriqueiro e persistente que – enquanto prática a que quase nenhum bombeiro se nega – pode ser qualificado como ritual. A partir dos critérios de escolha de cada bombeiro, toda mulher não vedada pelo incesto ou inacessível por qualquer outro motivo de interdição – deverá ser seduzida. A obrigatoriedade da sedução funda-se na lógica do desafio estipulado na convenção do jogo entre homens. Seduzir seria uma exigência do pacto ritual estabelecido entre eles a partir do cumprimento das regras em que o jogo se assenta: aliar humor, pilhéria

e narrativas da virilidade onde figure a conquista do desejo feminino” (CHAVES, 2003, p.27-28).

Em certa ocasião, na primeira etapa do trabalho de campo, um dos bombeiros me disse:

“Sonhei com você a noite passada. É sério, não estou brincando, não. Sonhei que te encontrava na rua e você estava com duas crianças e me dizia que eram seus filhos. E eu dizia: Já? Mas eles são grandinhos”. Respondi brincando, meio sem saber o que dizer: “Isso não é sonho, é pesadelo.” Conversas desse tipo mostravam que minha feminilidade era significativa e que meu relacionamento com eles não poderia ignorar esse fato, tanto que, por vezes, precisei fingir que não entendia as insinuações (CARVALHO, 2002, p.14).

Em um episódio, um socorrista perguntou se eu tinha namorado, eu disse que não. Então, ele fez um gesto apontando com a cabeça para seu colega e disse: “ele também não tem namorada!” Eu respondi: “ah, assim é a vida!” Acredito que, com isso, ele insinuava a possibilidade de um relacionamento entre mim e seu colega, já que estávamos ambos solteiros.

Na segunda etapa do trabalho de campo percebi que, por algum motivo, eu não era mais alvo da ação sedutora daqueles homens. De acordo com Golde (1970), questões relacionadas ao gênero foram uma temática central na produção dos artigos para essa coletânea organizada por ela, e a feminilidade foi menos problemática para mulheres mais velhas ou que tinham um alto status acadêmico, porque a idade significa diminuição do interesse sexual e o status acadêmico funciona como proteção. Com isso, me pus a pensar sobre minha posição em relação aos militares com quem eu mantinha contato diário: para uns, talvez já estivesse um pouco velha (há militares com 19, 20 anos de idade) e, para outros, talvez eu tivesse estudado demais. Recordo-me que, um dia, enquanto os socorristas foram entregar um paciente na emergência do Hospital Regional de Taguatinga (HRT), fiquei na viatura conversando com o motorista. Ele, então, perguntou-me, meio incrédulo, se eu não era muito nova para estar fazendo doutorado. Eu respondi que, na verdade, não era tão nova assim, pois havia acabado de completar 30 anos. Ele disse: “nossa, mas parece ter muito menos”. Eu perguntei: “como quantos?” Ele respondeu: “ah, uns 23 ou 24 anos”. Percebi que havia para ele uma incongruência entre minha imagem física e minha formação acadêmica, ou seja, parecia jovem, mas tinha estudado demais.

Portanto, o fato de não ser mais objeto para o exercício da masculinidade sedutora pode estar relacionado ao meu nível de formação acadêmica, que funcionava, de acordo com Golde (1970), como um escudo protetor.

O CBMDF também possui mulheres em seu quadro de pessoal, ainda que em uma quantidade muito inferior à de homens. Assim, também tive contato com bombeiras e minha interação com elas foi, em geral, muito boa, embora, como sempre, tenha havido exceções. Na segunda etapa do trabalho de campo, ao chegar ao quartel, como de praxe, me apresentei ao oficial de dia, que me ofereceu sua sala para aguardar até que a UTE chegasse. Passados alguns minutos, soou um brado<sup>43</sup>, o oficial de dia veio à porta da sala e avisou que era uma emergência psiquiátrica, perguntando-me se eu gostaria de ir com eles. Disse que sim e me encaminhei com ele para a viatura, onde todos me cumprimentaram, menos uma bombeira que, na seqüência, perguntou ao oficial como seria feito para trazer o paciente. Ele respondeu: “aperta que cabe todo mundo”. Senti, com isso, que ela rechaçava a minha presença naquele espaço e que, talvez, o motivo fosse um certo ciúme, já que, anteriormente, ela era a única mulher da guarnição e talvez achasse que minha presença poderia ameaçar o exercício de sua feminilidade naquele espaço<sup>44</sup>.

Há que se dizer também que nem todas as interações que tive com os homens da corporação foram positivas e baseadas na cordialidade. Refiro-me a uma experiência bastante difícil com uma das guarnições com as quais corri na UTE. Logo que fui apresentada a essa guarnição pelo o oficial de dia, percebi que pairava um ar suspeição em relação a mim, mas como já estava acostumada a isso e até esperava que essa suspeição inicial ocorresse, fiquei tranqüila e pensei

---

<sup>43</sup> Brado é o sinal sonoro emitido por uma campainha ouvida em toda a extensão do quartel, cujo objetivo é avisar aos bombeiros de que deverão encaminhar-se às suas respectivas viaturas para executar o atendimento de uma ocorrência. Existem brados específicos para cada viatura: no caso da UTE, são dois brados médios; para a Ursa é um brado médio e um pequeno. Nas ocorrências de incêndio em que todas as viaturas são chamadas a agir, toca-se um brado longo, quase ensurdecedor (CARVALHO, 2002).

<sup>44</sup> A interpretação para esse evento está muito baseada na experiência etnográfica que, segundo Clifford (1998), pode ser construída a partir de estilos intuitivos de sentimentos, percepção e inferência que faz uso de pistas, traços, gestos e restos de sentido antes de desenvolver interpretações estáveis, os quais se juntam para legitimar o sentimento de intuição real, ainda que inexprimível, do etnógrafo (a) em relação ao grupo de estudo. Entretanto, dado seu caráter vago, o critério experiencial foi alvo de muitas críticas. Assim, assumo os riscos e ônus dessa sugestão de interpretação baseada na intuição e nessa pista fornecida, bem como as críticas que possam advir disso.

que, ao longo das atividades daquele dia, eu conseguiria, como sempre havia feito, desfazer a má impressão e o receio, obtendo alguma confiabilidade. Então, saí com eles para mais um dia de observações. Quando paramos no Hospital Regional de Taguatinga (HRT), o motorista perguntou se era um trabalho de monografia, disse que era a minha tese de doutorado e expliquei o que estava fazendo. A conversa não teve continuidade, então, fiquei calada e escrevi algumas notas na caderneta. Quando ele me viu anotando, olhou para mim e para a caderneta com um olhar de desprezo. Fingi não ter percebido porque não queria, claro, entrar em conflito com ele. Em seguida, ele me perguntou quantas páginas deveria ter uma tese de doutorado. Eu respondi e ele disse que tinha concluído, há oito meses, a graduação em Direito e queria fazer um doutorado (ele não sabia que, para ingressar no doutorado, teria que antes realizar o mestrado, pelo menos, no sistema acadêmico brasileiro). Perguntou-me, então, em que instituição eu realizava o doutorado e eu lhe disse que era na Universidade de Brasília (UnB). Após havermos deixado o paciente na emergência do HRT, o chefe da guarnição me perguntou o que poderia estar causando a dor que o paciente sentia, creio que em uma tentativa de testar meus conhecimentos, e saber se eu era médica ou um P2. Informei que não era médica e, sim, antropóloga, então, ele, rindo, disse: “antropólogo é o que estuda as antas, então a senhora devia ir fazer um estudo lá no quartel da XXX<sup>45</sup>!” Fiquei calada porque não me agradava a interação que estava sendo estabelecida pela guarnição. O socorrista auxiliar quis saber, então, qual era a minha formação, quais os cursos havia feito e quanto tempo havia destinado para isso. Respondi-lhe: “fiz quatro anos de graduação em jornalismo, dois anos de especialização em Antropologia Social, dois de mestrado em Antropologia também e mais 2 anos e meio de doutorado em Ciências Sociais”. Então, ele disse: “meu deus, mas isso dá mais de dez anos”. O chefe da guarnição, por sua vez, ironizou: “ah, eu também tenho isso, tenho quatro anos no pré, mais quatro anos na quarta série”. Após ele e o motorista rirem demasiadamente, o que embaraçou o socorrista auxiliar, o motorista, com um ar de surpresa, disse: “ah, o mestrado vem antes do doutorado?!” Eu disse: “sim, vem antes”.

---

<sup>45</sup> Omiti o nome do quartel mencionado pelo militar, já que esse dado pode facilitar a identificação de seus membros.

Na seqüência, o motorista estacionou na porta de uma residência, de onde haviam solicitado o socorro, permaneci dentro da viatura<sup>46</sup>, os dois socorristas desceram e entraram na residência para fazer o atendimento. O motorista deu a volta e veio à porta de trás da ambulância, onde eu estava sentada. Ele não falou nada, entretanto, olhou para o meu gravador e repetiu a expressão de desprezo. Nesse momento, lhe perguntei: “O que foi?” Ele disse: “não, nada”. Permaneci fazendo anotações na caderneta e utilizando-a como um escudo para me proteger de novas agressões verbais e gestuais. De toda forma, não me furtei à conversa, respondendo às perguntas que me faziam. O motorista perguntou-me qual era o valor da bolsa de doutorado. Eu lhe disse e ele o considerou baixo. Repliquei que, mesmo assim, não era fácil conseguir uma. Ele respondeu: “ah, mas com belos olhos verdes!” Insinuando que eu tinha conseguido a bolsa por atributos físicos, e não pela competência acadêmica ou profissional. Na seqüência, perguntei-lhe o endereço da residência de onde havia sido solicitado o atendimento a um *paciente psiquiátrico* e ele disse que não ia passar. Respondi-lhe, em um tom grave, que eu obteria a informação por outras vias. Ele riu, duvidando de que eu pudesse conseguir a informação senão por seu intermédio. Em um tom grave e, ao mesmo tempo irônico, respondi-lhe que existiam vários outros meios de conseguir aquela informação: a) através da Seção de Comunicação do 2º Batalhão; b) contatando a Central Integrada de Atendimento e Despacho (CIAD), a central 193 e c) consultando a Guia de Atendimento de Emergência (GAE), já que se tratava de um documento público. Ele ficou indignado ao perceber que eu sabia os caminhos para obter as informações necessárias dentro do CBMDF. Já sem nenhum argumento, ele recorreu, de novo, à única forma através da qual percebe o gênero feminino e disse: “ah, mas com esses belos olhos verdes!” Eu, novamente, reforcei minha identidade profissional e lhe disse que conseguir informações era parte importante da minha profissão e que se eu não soubesse fazer isso era melhor desistir do ofício. Ele, já sem argumentos, resolveu me passar o endereço. Então, percebi que a interação, que já havia se transformado em um confronto,

---

<sup>46</sup> A minha entrada nas residências ocorria quando se tratava de um atendimento a um *paciente psiquiátrico*. Nos demais atendimentos de emergência, eu esperava o convite/permissão dos socorristas para acompanhá-los, já que também não queria parecer invasiva em relação ao trabalho deles, gerando mais um motivo para que suspeitassem de que os vigiava. Como neste caso o convite não ocorreu, fiquei esperando dentro da viatura.

estava permeada por uma percepção do gênero feminino, com base na qual as qualidades de uma mulher somente são consideradas se estiverem relacionadas aos seus atributos físicos. A questão é que eu era uma ameaça ao sistema de significados, valores e atitudes desses homens em relação ao gênero feminino. O desrespeito e o desprezo imposto a mim pela maioria dessa guarnição fazia parte de um processo de defesa da suas percepções de gênero, de seus sistemas de significados e, em última instância, de suas próprias identidades masculinas.

Seguindo uma outra linha de interpretação, sugerida por uma colega antropóloga, o evento não se tratou de um conflito de gênero, mas, sim, de uma *cantada agressiva*. Essa interpretação também é plausível já que, segundo Chaves (2003), o bombeiro, ao pensar-se como herói através do exercício da masculinidade viril e da disponibilidade para o sacrifício, cujo limite é a morte, sente-se merecedor do desejo feminino como recompensa pelo sacrifício. Assim, o conflito com a guarnição talvez tenha surgido porque aqueles bombeiros não se sentiram (como, de fato, não eram) alvo do meu desejo. Daí pode ter advindo a agressividade da ação sedutora, já que ser alvo do desejo feminino é um acontecimento infalível para eles. Entretanto, no processo de interação com esses bombeiros, recebi essas agressões como uma atitude típica desses homens em relação ao gênero feminino, que se pode dizer discriminatória, o que justifica minha posição também conflituosa dentro do evento.

Minha feminilidade, portanto, provocou respostas diversas nos componentes do CBMDF, sendo que cada uma delas estava informada por uma atitude típica desses sujeitos em relação ao gênero feminino.

#### **2.2.6 Setores de emergência do Hospital São Vicente de Paulo (HSVP) e Hospital Regional de Taguatinga (HRT).**

A categoria *paciente psiquiátrico*, conforme manejada pelo CBMDF contempla diversas situações de crise, para as quais podem ser dados diferentes encaminhamentos. Os dependentes químicos sob o efeito de alguma substância são encaminhados para a emergência de um hospital geral para se desintoxicarem e, posteriormente, serem encaminhados para o tratamento em um hospital psiquiátrico. Assim, presenciei a entrada de pacientes categorizados pelos

bombeiros como *psiquiátricos* nos setores de emergência, tanto do HSVP quanto do HRT, hospital geral que compõe a rede pública de atenção à saúde do Distrito Federal.

Os contatos que tive com as equipes de saúde de ambos os hospitais tanto na primeira quanto na segunda etapa foram mediados pela presença da guarnição dos bombeiros. Isso porque, conforme já mencionei, a estratégia traçada para o trabalho de campo era acompanhar, nas viaturas tipo ambulância do CBMDF, os percursos dos casos classificados como emergência psiquiátrica, desde o seu atendimento no local da solicitação até o encaminhamento do indivíduo aos setores de emergências dos hospitais públicos. Dessa forma, meu trajeto era o mesmo realizado pela guarnição do Corpo de Bombeiros, ou seja, dentro do hospital, eu ia até onde eles iam. De modo que foi no contexto da efemeridade das consultas e dos procedimentos nos setores de emergência dos hospitais que pude observar as atitudes dos profissionais de saúde em relação a esses pacientes, aos bombeiros e também a mim.

Na primeira etapa do trabalho de campo, esse contato ficou restrito às entradas nos setores de emergência dos hospitais, já que as guarnições do CBMDF somente deixavam os pacientes e iam embora. Já na segunda fase, houve uma alteração no formato da entrega dos pacientes no setor de emergência do Hospital São Vicente de Paulo. Uma norma estabelecida pela Secretaria de Saúde do DF passou a obrigar as guarnições do CBMDF a acompanhar o *paciente psiquiátrico* até o término de sua consulta, em vez de somente deixá-lo na emergência, como ocorria antes. Essa norma entrou em vigor exatamente no mês em que eu iniciei o trabalho de campo. Assim, nessa segunda etapa, também me foi possível adentrar um pouco mais, junto com os agentes do CBMDF, nos espaços do setor de emergência do HSVP, bem como observar consultas e determinados procedimentos, aos quais eu não havia tido acesso na primeira etapa. Assim, a minha vivência e descrição desses espaços – setores de emergência do HRT e do HSVP – também foi marcada pela brevidade do contato que tive com eles e pelos espaços que consegui acessar.

### **O setor de emergência e os contatos possíveis**

O fato de entrar nos setores de emergência dos hospitais acompanhando as guarnições do CBMDF não diminuía as suspeitas dos funcionários dos hospitais em relação a mim, bem como a ambigüidade que a minha presença causava, e nem sempre funcionava como uma forma de proteção frente às abordagens receosas dos funcionários.

Na primeira etapa do trabalho de campo, entrei certo dia com a guarnição da UTE na emergência do HRT, acompanhando um rapaz que estava alcoolizado e agressivo. Como se tratava de um caso classificado como emergência psiquiátrica, entrei para acompanhar a ação dos bombeiros em relação ao paciente e observar como era realizado o encaminhamento desse tipo de paciente aos profissionais dos hospitais. Ao entrar no setor de emergência o paciente tornou-se agressivo, por isso, os socorristas o colocaram contra a parede para contê-lo e retirá-lo de perto dos outros pacientes. Eu estava observando a atuação da guarnição, quando chegou perto de mim um outro socorrista, que ficava no posto do CBMDF<sup>47</sup> dentro da emergência do HRT. Ele me perguntou, em tom ríspido e intimidante, de onde eu era e se tinha autorização da assessoria de imprensa do hospital para estar ali com o gravador. Eu disse que tinha a autorização da Secretaria de Saúde e do CBMDF. Nesse mesmo momento chegou um socorrista da guarnição e disse a ele: “não, não tem problema ela está com a gente, está fazendo uma pesquisa”. Então o socorrista disse: “ah, tudo bem, tudo bem!” E saiu, sem gerar outros questionamentos.

Eu já havia entrado outras vezes na emergência do HRT acompanhando guarnições do CBMDF na entrega de pacientes, sem que tivesse sido interpelada por funcionários do hospital ou mesmo do CBMDF. Mas nesse momento, dois fatos concorreram para que o socorrista do hospital não só percebesse a minha presença – coisa que nunca havia ocorrido – como tomasse uma atitude: primeiro havia uma ação de contenção física do paciente realizada pelos socorristas da guarnição e, segundo, eu portava o gravador, o que o fez pensar que eu estivesse gravando. Assim, a atitude do socorrista é compreensível se relacionada à questão do protecionismo e do corporativismo presentes entre os membros de uma mesma instituição.

---

<sup>47</sup> O CBMDF disponibiliza um socorrista para a emergência do hospital para auxiliar as guarnições que chegam com pacientes.

O setor de emergência do Hospital São Vicente de Paulo é relativamente amplo e há um balcão com altura de um metro e meio, aproximadamente, em toda a extensão do setor. No balcão, do lado direito, há uma pequena passagem, que somente é aberta quando funcionários, pacientes, acompanhantes e bombeiros necessitam passar. Dessa forma, a divisão entre *os de dentro* e *os de fora* está bem demarcada no espaço da emergência do HSVP, bem como o controle da entrada de pessoas naquele espaço<sup>48</sup>.

Na primeira etapa do trabalho de campo, o espaço circulado pelos socorristas e por mim era do lado de fora do balcão de atendimento. De modo que minha presença, junto com os bombeiros, não chegou a chamar a atenção dos atendentes da emergência que jamais me fizeram qualquer questionamento. Entretanto, já na segunda etapa, em 2004, os socorristas estavam obrigados a acompanhar os pacientes até a sala de consulta, trajeto que eu também fazia, conforme já mencionei, a fim de observar a interação entre bombeiros e médicos no encaminhamento de pacientes.

O fato de não usar o macacão azul, uniforme dos socorristas da emergência médica do CBMDF, no entanto, acompanhar e entrar com a guarnição e os pacientes na sala de consulta fez que surgissem dúvidas em alguns atendentes da emergência do HSVP a respeito da minha inserção na equipe. Em um dos atendimentos, logo na chegada à emergência, eu e o chefe da guarnição nos dirigimos ao balcão, enquanto conversávamos. O chefe da guarnição estava tecendo comentários sobre os atendimentos aos *pacientes psiquiátricos* e creio que a conversa levantou a suspeita do atendente. Um outro evento ocorrido no mesmo dia pode ter contribuído para essa dúvida. Um pouco mais cedo, a guarnição havia levado um rapaz que, apesar de ser paciente do HSVP, não foi aceito pela psiquiatra de plantão, embora sua irmã, através de contato telefônico, tenha sido orientada a levá-lo para lá. Essa atitude da médica gerou insatisfação tanto da guarnição quanto da irmã. Então, perguntei à irmã do paciente, na presença da médica, quem lhe havia passado a informação. Ela disse o nome do

---

<sup>48</sup> Segundo Goffman (1972[1961]), toda instituição total possui tendências absorventes ou totalizadoras em relação aos seus membros, simbolizadas pelos obstáculos que se opõem à interação social com o exterior e ao êxodo de seus membros e que adquirem forma material através de rios, bosques, pântanos, portas fechadas, muros altos, cercas de arame e, até mesmo, balcões.

informante e os profissionais do hospital disseram que não havia nenhum funcionário com o referido nome, o que deixou lhe deixou ainda mais irritada e nervosa. O fato é que o paciente teve que ser transferido para o HRT.

Minha intervenção, naquele momento, fez que eu ganhasse visibilidade diante daqueles profissionais, gerando estranhamento, suspeita, receio e, conseqüente, questionamento do atendente quando retornei ao HSVP. Então, ele perguntou-me se eu era médica e eu lhe disse que era antropóloga. Ele perguntou se eu trabalhava **nos** bombeiros e disse-lhe que não. O atendente ficou visivelmente confuso sem entender a minha presença na guarnição dos bombeiros. Então, ainda numa tentativa de me posicionar e me identificar, o atendente questionou novamente, só que dessa vez não mais a mim, mas ao chefe da guarnição, querendo saber se eu estava com eles (com os bombeiros). O chefe da guarnição disse que sim. Então, o atendente perguntou-me se estava trabalhando **com** os bombeiros e eu disse que sim. De toda forma, percebi que ele ficou confuso e as respostas não o esclareceram. Atitudes como essa mostraram que a minha presença na guarnição era geradora de ambigüidade e suspeita não somente para os bombeiros, mas também para os demais profissionais que, de alguma forma, tentavam me posicionar e identificar qual era a minha atividade e função naquele espaço.

Em outro momento, a guarnição encaminhou para a emergência do HSVP uma jovem de 22 anos que sofria de epilepsia. O socorrista a acompanhou na consulta e eu fui junto. O médico disse que iria receitar uma injeção do medicamento que a paciente utilizava e ela deveria ser levada para a casa, pois o remédio a deixaria sonolenta. O socorrista perguntou: “quem irá levá-la para casa?” O médico respondeu com um tom de voz que oscilava entre o hostil e o arrogante: “Vocês!!!” O socorrista retrucou que isso não era função dos bombeiros e que o hospital deveria encaminhá-la. Mais uma vez, o conflito estava instalado no setor de emergência entre bombeiros e médicos. A solução foi dada pela própria paciente, ao dizer que poderia ir embora sozinha para casa. Diante disso, o médico disse que nós (eu e o socorrista) poderíamos nos retirar e que a paciente, depois de medicada, seria levada em casa pelo Hospital. Fiquei confusa, já que essa era exatamente a reivindicação do médico junto ao socorrista. Intui que ele não quis deixar explícito para nós que a paciente voltaria para a casa

sozinha. Em um outro atendimento, esse mesmo médico tentou novamente fazer que a guarnição do CBMDF levasse de volta um paciente, já que não se tratava de um caso de internação. Dessa vez, contudo, fez a solicitação de forma mais polida, se dirigindo diretamente ao socorrista, sem me incluir na equipe.

Desse evento, destaco dois aspectos que considere importantes. O primeiro deles é o fato de que o médico me incluiu como membro da guarnição do CBMDF, inclusão que jamais ocorreu em qualquer um dos espaços pelos quais eu tivesse passado e, em um atendimento posterior, me excluiu. O segundo diz respeito ao tom impositivo com que o médico se dirigiu a nós.

Ambos aspectos estão ligados ao processo de profissionalização da Medicina no Brasil, nos anos 1920, que, entre outras coisas, buscou estabelecer uma diferenciação e uma hierarquização entre as diversas atividades na área da saúde. Nesse processo, a medicina se sentiu autorizada, por seu estatuto científico e acadêmico, a delimitar o espaço para os diferentes exercícios das atividades na área de saúde, bem como para evocar a sua superioridade em relação a elas, de forma a manter seu poder no ato de cura, inclusive dentro das equipes de trabalho. O hospital começava a se constituir em um espaço privilegiado para a atividade de cura em equipe, na qual uma hierarquia se estabeleceria. E os médicos, mais uma vez, evocaram a abrangência e a cientificidade do seu conhecimento como argumentos para estabelecer as diferenças entre os diversos profissionais que atuavam naquele espaço e, ao mesmo tempo, afirmar a sua superioridade, prestígio e poder no âmbito do hospital. Assim, configurou-se a estrutura hierárquica dentro dos hospitais, fazendo que os médicos se tornassem, de fato, a categoria com maior poder, prestígio e autoridade nas equipes de saúde (PEREIRA-NETO, 1995).

Diante desse quadro, o que se pode ressaltar em relação aos eventos que descrevi acima é que eles estão inseridos nesse contexto em que o médico é o profissional de maior autoridade dentro das equipes que trabalham nos hospitais ou que, de alguma forma, estão relacionados a elas, como é o caso dos bombeiros. Assim, no âmbito hospitalar, todos devem obedecer aos membros dessa categoria superior. Em relação a mim, como estava acompanhando uma categoria considerada inferior, fui nela incluída e alvo do exercício de autoridade do médico. O fato de não ter se dirigido a mim como membro da guarnição dos

bombeiros, nos atendimentos seguintes, pode estar relacionado ao recebimento de um ofício do Comitê de Ética em Pesquisa comunicando a realização da investigação para a direção do Hospital, como é o procedimento comum do CEP.

Esses eventos confirmam a análise de Machado (2003) sobre os setores de emergência dos hospitais como espaços de desencontros entre as expectativas de médicos, pacientes e, nesse caso, também de para-médicos, o que gera conflitos e uma deterioração das relações. Nos referidos casos, de forma específica, há demandas tanto de familiares em relação aos serviços médicos, como de médicos em relação aos serviços dos bombeiros e destes em relação aos médicos que não foram cumpridas. Há imposição de autoridade do médico sobre pessoal para-médico, como é o caso dos bombeiros, enfim uma série de situações que geram conflitos nas relações estabelecidas entre os usuários e os diversos profissionais que atuam ou entram em contato com os setores de emergência.

Essa exposição do desenvolvimento do trabalho de campo no CBMDF e nos setores de emergências do Hospital São Vicente de Paulo e Hospital Regional de Taguatinga relata o modo de trabalho que elegi, considerando as circunstâncias com as quais tinha que lidar. Dito de outro modo, as negociações, as decisões, as soluções, as micro-estratégias, o tipo de interação estabelecida com os sujeitos de pesquisa são fruto das circunstâncias pessoais, contextuais e da minha trajetória acadêmica, sendo, portanto, específicas e singulares. Assim, nesse texto, o que busquei foi ver com olhos críticos os humores, os cansaços, as apreensões, as frustrações, os rechaços vividos, os tipos de interações estabelecidos com os sujeitos de pesquisa, tentando analisá-los como parte das etapas do conhecimento e explicitando os mecanismos através dos quais se pode chegar a ele.

## CAPÍTULO 3

### **CONTENÇÃO, INTERNAÇÃO E EXTINÇÃO DE SINTOMAS: A ADMINISTRAÇÃO DA EMERGÊNCIA PSIQUIÁTRICA EM BRASÍLIA**

A partir da observação dos atendimentos às emergências psiquiátricas no Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal (CBMDF) foi possível construir uma tipologia dos casos com base no encaminhamento empregado em cada um deles. Dessa forma, há três tipos de casos: 1) aqueles que os bombeiros não consideram tratar-se de uma emergência psiquiátrica, por isso, o suposto paciente não é encaminhado para uma unidade de saúde pública para qualquer tratamento; 2) aqueles que eles consideram se tratar de uma emergência psiquiátrica e o paciente é encaminhado para um hospital psiquiátrico e 3) aqueles que eles consideram tratar-se de uma emergência psiquiátrica, entretanto, o paciente é encaminhado para um hospital geral. Cada um desses casos engendra não somente formas diferentes de resolução de uma crise, mas também revela dimensões diferenciadas das visões de mundo dominantes entre os agentes do CBMDF, entre os pacientes, os seus familiares e entre os funcionários dos hospitais. Dessa forma, serão analisados três casos representativos dessa tipologia. A escolha dos casos buscou privilegiar aqueles em que se pode

acompanhar o atendimento realizado pelos agentes do CBMDF no local da chamada, a entrega e atendimento do paciente no hospital – caso tenha havido esse encaminhamento – e a realização de entrevista com os familiares.

A análise se baseia em dados que foram coletados nos dois períodos em que estive desenvolvendo trabalho de campo junto ao CBMDF. A primeira etapa foi realizada em 2001, entre janeiro e março e a segunda, em 2004, entre abril e setembro. Os dados são compostos pelas observações dos atendimentos classificados como emergência psiquiátrica, realizados pelas guarnições do 2º Batalhão de Incêndio do CBMDF que trabalham nas viaturas destinadas ao atendimento pré-hospitalar, denominada de Unidade Tática de Emergência (UTE). A observação foi realizada em dias da semana variados, normalmente entre as 14 e 22 horas<sup>49</sup> e em dois plantões noturnos, das 19 às 7 horas (CARVALHO, 2002). Além das observações, também foram realizadas entrevistas com familiares dos pacientes e com agentes do CBMDF.

### **3.1 Evento Comunicativo 1<sup>50</sup> - “Ela não tem problema mental, ela é alcoólatra”**

#### **Primeira Fase – Preparativos: o uso de linguagem ritual específica**

Na Central Integrada de Atendimento e Despacho (Ciad), a central 193, um agente atendeu uma chamada. Do outro lado da linha, alguém solicitou socorro dizendo que havia um parente agressivo, avançando nas pessoas e tentando incendiar a casa. O agente questionou se essa pessoa era portadora de problema mental, ao que responderam negativamente. A pessoa estava alcoolizada. O atendente do Ciad solicitou o endereço para que uma viatura fosse enviada até o local e prestasse o atendimento.

---

<sup>49</sup> A escolha desse horário foi em função de que eu conseguiria alcançar os períodos da tarde e da noite e, especialmente, o período de retorno do trabalho, em que os familiares se reúnem, o que propicia a configuração de crises e conflitos. De fato, acabei verificando que as solicitações para os atendimentos psiquiátricos ocorriam, com maior frequência, no intervalo entre o final da tarde e o início da noite.

<sup>50</sup> A análise do *drama social* será realizada ao final de cada evento. Isso porque a chegada de uma guarnição do bombeiro faz parte da fase de ação reparadora, a terceira fase, e os elementos e conteúdos que compõem a primeira e segunda fase somente serão revelados no decorrer da ação ritual dentro da fase reparadora.

Após o contato telefônico, e com base nas informações passadas, o atendente do 193, obrigatoriamente, inseriu o evento em uma das 237 opções existentes na tabela de ocorrências do Corpo de Bombeiros (CARVALHO 2002), neste caso, ele foi classificado como *paciente psiquiátrico*.

Após classificar a chamada, o atendente entrou em contato com a viatura, através do rádio e emitiu a seguinte mensagem:

- Bravo terceiro, aqui CIAD.
- Prossiga, CIAD.
- Temos uma QTO na quebec, november, mike primo terceiro, conjunto charlie, casa nono oitavo<sup>51</sup>. Trata-se de um paciente psiquiátrico no local.
- QSL total, CIAD, UTE XXX<sup>52</sup> deslocando para a QTO.

Nesse diálogo, a Central informou à guarnição que havia necessidade de atendimento a um *paciente psiquiátrico* em uma quadra da Ceilândia Sul<sup>53</sup>.

A mensagem acima trata-se, conforme Austin (1962), de um *ato performativo ilocucionário*, o qual possui uma força convencional, de tal forma que palavras produzem atos, em que através de dizer algo, também faz-se algo. Assim, a emissão da mensagem teve o poder de deslocar guarnição e viatura para a realização do atendimento. A transmissão foi realizada através do uso de linguagem específica, o Alfabeto Fonético Internacional<sup>54</sup>, de forma que a

---

<sup>51</sup> Este endereço é fictício.

<sup>52</sup> O número da viatura foi omitido para evitar que os membros da guarnição possam ser identificados.

<sup>53</sup> Ceilândia é uma cidade-satélite que fica a 25,9 Km do Plano Piloto de Brasília.

<sup>54</sup> O Alfabeto fonético internacional foi criado para facilitar a compreensão de mensagens transmitidas por meio de radiofrequência. Como as comunicações via radiofrequência são utilizadas por pessoas de países diferentes com idiomas diferentes, houve a necessidade de se criar uma forma para que todos pudessem compreender-se, ainda que falando línguas diferentes. Além disso, é um meio de garantir a transmissão da mensagem em meio a péssimas condições de comunicação. De modo que, seu principal papel é auxiliar da correta compreensão da mensagem, de forma a dirimir toda e qualquer dúvida. Além do alfabeto fonético, há também: os algarismos fonéticos, o código "Q" e algumas palavras e expressões convencionais, que auxiliam na comunicação por radiofrequência.

Letra	Fonema	Letra	Fonema
A	Alfa	N	November
B	Bravo	O	Oscar
C	Charlie	P	Papa

mensagem ultrapassa a função referencial da linguagem, na medida em que possui uma força que produz atos. Dessa forma, a ordem para dar início ao ritual é dada através de uma linguagem ritual em que as palavras são proferidas, entretanto não são entendidas por todos (TAMBIAH, 1985, p.22), mas somente por aqueles que têm a autoridade para ordenar a sua realização e aqueles que estão autorizados a realizá-los. Nesse sentido, a linguagem ritual também tem a função de determinar e de identificar o grupo de indivíduos que está autorizado a officiar o ritual. Assim, ela está relacionada aos oficiantes do ritual de forma indéxica<sup>55</sup>, na medida em que os identifica, afirma e legitima suas posições e/ou poderes dentro dele (TAMBIAH, 1985, p.156).

Com o recebimento da ordem de descolamento, a guarnição se encaminhou para o local indicado. A velocidade desenvolvida pela viatura, alta ou baixa, depende da avaliação que o bombeiro faz da gravidade e urgência da ocorrência. Tal avaliação é feita com base apenas nas informações associadas à classificação do evento, a qual indica um tipo de procedimento<sup>56</sup>. Nesse atendimento a viatura encaminhou-se para o local da ocorrência desenvolvendo a velocidade máxima permitida pela via, isto é, 60km/h.

As guarnições da UTE são geralmente compostas por três bombeiros: um motorista e dois socorristas, sendo que há uma hierarquia estabelecida entre o

---

D	Delta	Q	Québec
E	Echo	R	Romeo
F	FoxTrot	S	Sierra
G	Golf	T	Tango
H	Hotel	U	Uniform
I	Índia	V	Victor
J	Juliete	W	Wiskey
K	Kilo	X	X-Ray
L	Lima	Y	Yankee
M	Mike	Z	Zulu

<sup>55</sup> Os índices são uma das três variedades fundamentais de signos. Segundo Peirce (2000), um signo é aquilo que representa algo para alguém, “para que algo seja um signo, esse algo deve ‘representar’, como costumamos dizer, alguma outra coisa, chamada seu Objeto...” (PEIRCE, 2000, p.47). Assim, um índice é um signo que se refere ao objeto através do estabelecimento de uma relação de contigüidade entre ambos, por exemplo, fumaça guarda relação de contigüidade com o fogo, portanto, fumaça é um índice (ou indica) da existência do fogo. Como no exemplo acima, à medida que a linguagem ritual é inteligível somente para os oficiantes do ritual, ela está contigüamente relacionada a estes.

<sup>56</sup> Segundo Tambiah (1985), classificações e cosmologias são paradigmas ou esquemas que fornecem modelos de problemas, práticas, procedimentos e soluções para a comunidade de praticantes.

chefe da guarnição<sup>57</sup> e os demais membros, que se reflete na divisão de tarefas durante a execução do ritual. O Chefe da guarnição é quem normalmente atua como o *mestre de cerimônias* (TURNER, 1969) indicando e guiando os procedimentos que serão seguidos durante o atendimento, o outro socorrista e o motorista são seus assistentes.

### **Segunda Fase – Classificação: (re) classificando Luiza**

Passados 12 minutos do recebimento da ordem de deslocamento, a viatura estacionou na porta de uma residência. O chefe da guarnição desceu e com ele o socorrista assistente. Por detrás de um tapume de madeira, surgiu uma menina com, mais ou menos, cinco anos de idade que disse: “Ela está aqui, moço”. O chefe da guarnição perguntou: “Onde está sua mãe, neném?” Em seguida, apareceu uma moça. O chefe da guarnição questionou: “Onde está a pessoa?”. A moça respondeu que ela estava nos fundos da residência. Após receber a permissão para entrar, o chefe da guarnição passou por um corredor estreito, chegando ao local indicado pela moça, no fundo do lote. A suposta paciente era uma senhora baixa, magra, negra, que estava choramingante. Ela mesma apresentou-se para o chefe da guarnição e, falando com voz nervosa e rápida, disse seu nome: “Luiza Silva Magalhães”. Ela chorava e enrolava um saco plástico, dentro do qual existia algo, mas não era possível perceber o quê. Na área dos fundos da casa, a qual é toda cercada por grades, encontrava-se outra senhora sentada em uma cadeira de rodas. Ela afirmou em voz alta, antes mesmo que o chefe da guarnição pergunta-se qualquer coisa, que Luiza estava muito agressiva e colocando fogo em tudo.

Após a identificação do indivíduo para quem o atendimento havia sido solicitado, o chefe da guarnição, procurando entender a situação, pediu para

---

<sup>57</sup> O chefe da guarnição é sempre o bombeiro de maior patente e/ou que tenha mais tempo de serviço em relação aos demais, portanto, provavelmente tem mais e melhor treinamento e conhecimento sobre sua prática. Em geral, a execução dos atendimentos a *pacientes psiquiátricos* fica ao seu cargo, mas isso não impede que o socorrista auxiliar tome a frente do atendimento, com a devida permissão do chefe da guarnição. Isso porque o chefe da guarnição, às vezes, pode ter maior patente, mas tem menos tempo de serviço e menor experiência nesse tipo de atendimento, então, ele permite que o atendimento seja feito pelo socorrista auxiliar que está melhor treinado para realizá-lo.

conversar com Luiza. Eles encaminharam-se para um barracão construído com tábuas, localizado em um dos cantos do terreno. O barracão não tinha divisórias internas. A disposição dos móveis dentro dele era o que realizava a função de marcar a divisão dos possíveis cômodos de uma residência, tais como: quarto, cozinha e sala. A conversa com Luiza desenvolveu-se no espaço que, pela disposição da estante e a existência de um sofá, seria a sala. Luiza sentou-se no sofá, o chefe da guarnição conservou-se em pé ao seu lado. Dois dos parentes dela, uma sobrinha e um sobrinho, permaneceram na porta. Antes que o Chefe da Guarnição perguntasse qualquer coisa, Luiza já fez sua defesa diante da acusação feita pelos parentes.

Luiza: Ela [a sobrinha] quis me amarrar, por isso, eu peguei a corda e passei no pescoço dela, também.

Chefe da guarnição: Ah, ela quis te amarrar.

Luiza: Minha sobrinha me amarrou.

Chefe da guarnição: Aí, para se defender, você passou a corda no pescoço dela?

Luiza: É. Eu passei a corda no pescoço dela.

Chefe da guarnição: Sem querer.

Luiza: Não, por querer mesmo, porque eu tinha que me defender.

Tanto aqui como em outras fases do atendimento sempre estará desenvolvendo-se um processo de *self characterization*<sup>58</sup> (CRAPANZANO, 1992) que envolverá não só a paciente, mas todos aqueles que tomam um papel ativo no ritual. Nesse momento, seja através do ato de tentar amarrar um outro que a ameaçou fisicamente, ou através da construção de um discurso de auto-defesa, Luiza construiu-se como sujeito autônomo, capaz de agir em defesa própria.

---

<sup>58</sup> Crapanzano (1992) utiliza o termo *self characterization* para se referir ao processo através do qual os indivíduos constroem e negociam seus *selves* em situações de interação social. Em tais situações a possibilidade do desenvolvimento de processos de *self characterization* ocorre pela presença de dois indivíduos que interagem mediados por um terceiro elemento que é simbolizado pela linguagem, pelo campo comum de significados, pela tradição, pela lei, pela classificação, em última instância, é a própria cultura. Com isso, a intenção de Crapanzano foi fornecer uma abordagem dialética do “eu” (*self*), indicando que seu movimento de construção é contínuo e que a caracterização ou tipificação do outro também é um movimento dialético contínuo, submetido às restrições convencionais embutidas na linguagem.

O chefe da guarnição continuou o procedimento exploratório em busca de *sintomas/índices*<sup>59</sup> que pudessem orientá-lo no processo de classificação.

Chefe da guarnição: A senhora toma remédio controlado, não toma?

Luiza: Não, não tomo, graças a Deus só tomo cachaça.

Chefe da guarnição: Já internou, alguma vez, em hospital?

Luiza: Não, nunca.

Chefe da guarnição: Me deixa entender, então: me chamaram, dizendo que havia um doente mental aqui.

Luiza: Não, não sou doente mental, não. Eu fui internada uma única vez no hospital, porque estava com cirrose hepática.

Chefe da guarnição: Eu quero entender: quem ligou para o bombeiro? Foi a sua irmã?

Sobrinha de Luiza: É, foi a minha tia. Porque ela [Luiza] é alcoólatra faz muitos anos. Então, ela já está em uma fase que, quando bebe, fica violenta. Minha tia está cansada de gritar a gente pedindo socorro, porque ela avança na minha tia.

Chefe da guarnição: Ela fica violenta quando pára de beber?

Sobrinha de Luiza: Não, quando está bebendo. Ela quebra as coisas.

Luiza: Eu quebro as coisas, claro, todo mundo quebra. Agora, se alguém vem me agredir, eu vou agredir também, eu me defendo. Por isso, que ela está falando que eu sou violenta.

Chefe da guarnição: E isso tem acontecido com muita frequência?

Luiza: Não.

Sobrinha de Luiza: Direto. Ela bebe todo santo dia.

Chefe da guarnição: Agora, me diz uma coisa: quando você bebe, você ouve vozes?

Luiza: Não.

---

<sup>59</sup> Conforme Jakobson (2001), a semiótica de Peirce coincide com o estudo médico dos sintomas das doenças, da chamada semiologia ou sintomatologia, na medida em que os sintomas expressados pelos pacientes nas consultas/entrevistas médicas são vistos como a possibilidade ou a indicação da existência de uma determinada doença. Portanto, dentro da semiótica de Peirce, os sintomas são considerados índices. Nesse caso, é preciso ressaltar que o procedimento exploratório empreendido pelo paramédico tem a mesma forma daquele realizado pelo médico em suas consultas, isto é, via semiótica dos sintomas.

Chefe da guarnição: Tem visões?

Luiza: Não, mas eu já tive uma vez.

Chefe da guarnição: Teve como?

Luiza: Quando eu passei uma semana sem beber, eu tive uma variação. Eu estava conversando com você, numa boa, mas tinha aquele negócio que uma pessoa estava querendo me matar.

Chefe da guarnição: Alguma coisa te dizia que queria te matar?

Luiza: É. Eu passava o dia todo com aquela coisa na cabeça: que fulano estava chegando para me matar.

Chefe da guarnição: A senhora não procurou um especialista para fazer um tratamento?

Luiza: Não. Eu tive cirrose hepática e passei quase um mês no hospital. Quando eu saí, fiquei dentro de casa. Agora, quando eu vou à igreja, de vez em quando, passa. Eu fico duas, três semanas sem beber, de repente me vem aquela variação. Eu deito na cama e é como se eu tivesse um sonho. Mas eu converso com as pessoas durante o dia todo, eu atendo telefone, eu sei o dia da semana, mas tem uma coisa que, às vezes, me fala que eu devo tomar cuidado com determinada pessoa. Aí, eu passo o tempo todo com medo daquela pessoa. Depois passa.

Chefe da guarnição: Ainda hoje você vê essa pessoa?

Luiza: Não, tem uns três meses mais ou menos. Já aconteceu duas vezes, a última foi em setembro do ano passado. É como se fosse um sonho. Passava o dia inteiro bem, mas havia alguém me falando que determinada pessoa estava atrás de mim. Eu deitava, dormia, acordava. No dia seguinte, era um dia normal para mim, mas ficava alguém falando na minha cabeça.

Chefe da guarnição: Fica só um minutinho aqui, não sai daqui. Em dois minutinhos, eu vou voltar para conversar com você.

Luiza: Você vai me levar para o hospício?

Chefe da guarnição: Não. [Luiza sorri]

Luiza, ao construir-se como sujeito autônomo, consciente de suas próprias ações, capaz de explicitar e explicar momentos e situações vividos por ela,

encenou um *ato perlocucionário*<sup>60</sup>. Isto é, através do *self characterization* desenvolvido diante e em relação ao chefe da guarnição que, naquele espaço e naquele momento, era quem detinha o poder e a autoridade para avaliar a necessidade de encaminhá-la para tratamento em um hospital psiquiátrico, Luiza conseguiu convencê-lo de que ela não era portadora de uma doença mental e que, portanto, não deveria ser encaminhada para tratamento. Dessa forma, pode-se dizer que a performance de Luiza foi *feliz*<sup>61</sup>.

A partir do diálogo acima, é possível iniciar a percepção de uma simbologia<sup>62</sup> da loucura. No diálogo, a loucura é substituída por seu sinônimo moderno, a doença mental (FOUCAULT, 1978). É interessante que a categoria *paciente psiquiátrico*, utilizada pelos bombeiros para designar o atendimento, não é mencionada pelo chefe da guarnição, que a substitui por doente mental. Há duas explicações possíveis para essa seleção/substituição (JAKOBSON, 2001) de símbolos realizadas pelo chefe da guarnição: a primeira, refere-se exatamente a força da convenção, isto é, doença mental é um símbolo mais (re)conhecido em termos do domínio público e tem seu campo semântico mais aberto do que *paciente psiquiátrico* que, ao contrário, pode restringir as possibilidades de significação, o que poderia gerar desentendimentos; a segunda, é que *paciente psiquiátrico* faz parte da linguagem ritual utilizada na comunicação entre indivíduos específicos, em um espaço e um tempo específicos do ritual, que não estão contemplados nessa fase.

As perguntas realizadas pelo chefe da guarnição são indíceicas à medida que buscam informações sobre os sintomas que pudessem indicar ou rechaçar a presença da doença mental. Mas, além disso, elas também operam uma relação

---

<sup>60</sup> De acordo com Austin (1962), um ato perlocucionário consiste em conseguir certos efeitos através de dizer algo, seja de forma intencional ou não.

<sup>61</sup> Conforme Austin, é inapropriado submeter os atos de performativos, sejam eles locucionário, ilocucionários ou perlocucionário a testes de verificação, isto é, testar se são falsos ou verdadeiros no sentido referencial, mas devem sim ser considerados felizes ou infelizes, válidos ou inválidos; assim, as declarações não são falsas, são infelizes, na medida em que não alcançam sua efetividade; ou, pelo contrário, podem ser felizes se a alcançam.

<sup>62</sup> De acordo com Peirce (2000), o símbolo é um tipo de signo que se refere ao seu objeto – ou seu significado, para seguir a proposta de Jakobson (2001) – através de uma relação que estabelecida por força de uma convenção, “normalmente uma associação de idéias gerais que operam no sentido de fazer que o símbolo seja interpretado como se referindo à aquele objeto”(2000, p. 52). Entretanto, Peirce ressalta que essas convenções são de natureza geral e que os significados dos símbolos somente podem ser apreendidos no contexto em que são emitidos. Nesse sentido, uma simbologia busca reconhecer, em um determinado contexto, essa associação de idéias gerais, convencionalmente estabelecidas, com referência a um determinado símbolo.

metonímica com a doença mental, construindo o campo semântico desse símbolo, nesse contexto específico. Assim, ela está associada pelo chefe da guarnição ao uso de remédios controlados, ao fato de ouvir vozes, ter visões e haver passado por um internamento<sup>63</sup>. O importante é que essas idéias também são compreendidas e compartilhadas pela paciente (ou suposta paciente) como associadas à doença mental. Por exemplo, em relação ao internamento, Luiza respondeu positivamente, entretanto, especificou que o motivo pelo qual fora internada não estava relacionado a qualquer tipo de problema mental. Isto é, ela compreendia que o chefe da guarnição estava realizando uma associação entre internação e doença mental. Luiza admitiu ter visões, mas também especifica de que tipo é e o período em que elas ocorriam, afirmando que já não ocorria mais. Em relação às outras associações, Luiza as negou.

Os procedimentos foram suspensos por vinte minutos. Porém, essa suspensão não faz parte da estrutura do atendimento, foi involuntária, já que o socorrista auxiliar veio informar ao chefe da guarnição que havia uma solicitação de atendimento a uma tentativa de suicídio<sup>64</sup>. Ele interrompeu o diálogo com Luiza, mas pediu a ela que o aguardasse, pois ele voltaria para dar seguimento.

Após vinte minutos, a guarnição retornou à residência de Luiza. O chefe da guarnição retomou o atendimento, buscando avaliar e classificar o caso. Os parentes informaram que, apesar do pedido para que ela permanecesse em casa até o retorno da guarnição, ela saíra; mas se encontrava pelas redondezas. O chefe da guarnição pediu ao socorrista auxiliar que fosse encontrá-la e a trouxesse novamente<sup>65</sup>. Decorridos cinco minutos mais ou menos, ele retornou com Luiza que fora ao bar da esquina: “tomar uma”, disse ela. Enquanto isso, o chefe da guarnição retomou a conversa com os parentes.

O espaço ritual é transferido para a casa de alvenaria construída no mesmo lote, onde reside a irmã de Luiza. O cômodo escolhido para dar seguimento ao atendimento é equivalente ao que fora utilizado no barracão de tábuas: a sala. O

---

<sup>63</sup> O chefe da guarnição apesar de, no decorrer do diálogo, não fazer uma associação direta, ao se referir ao internamento estava relacionando-o ao hospital psiquiátrico.

<sup>64</sup> Esse tipo de atendimento tem prioridade em relação aos demais, pois, segundo os bombeiros, trata-se de risco iminente de perda da vida.

<sup>65</sup> Essa atitude do chefe da guarnição nos fornece características da forma processual desse ritual (TURNER, 1969), isto é, ele não ocorre ou não tem eficácia, se o indivíduo que é o alvo da ação ritual não estiver presente.

fato de que o cômodo escolhido tenha sido o mesmo é indicativo de que tipo de ritual se trata. A sala de uma casa, pelo menos na cultura brasileira, é o espaço em que os membros de um núcleo familiar se reúnem, seja para discutir, para ver televisão, para jogar, para conversar, para chorar, para brigar. Ou seja, é um espaço que propicia a reunião e a participação dos indivíduos pertencentes aquele grupo. Dessa forma, o fato de que o espaço ritual seja a sala fazendo que todos os membros participem dele, de forma ativa ou não, caracteriza a família como uma *comunidade de sofrimento*<sup>66</sup> de um *drama social*<sup>67</sup> em que a família como um todo é alvo da ação de um *ritual de aflição*<sup>68</sup>.

O chefe da guarnição iniciou o diálogo com a irmã de Luiza, tentando obter mais informações que o ajudassem a avaliar e classificar o caso:

Chefe da guarnição: A senhora é irmã da Luiza?

Irmã de Luiza: É. Somos quatro irmãos. Eu tenho um irmão que mora aqui, mais para baixo. Teve a mãe dessa minha sobrinha, aqui, que faleceu de bebida, de cirrose hepática. Ela chegou ao extremo, destruiu tudo por dentro mesmo. Luiza bebia junto. Fiz tudo para salvar a outra, tenho minha consciência tranqüila.

Chefe da guarnição: A outra quem?

Irmã de Luiza: A outra era a mãe dessa minha sobrinha, aí. Minha mãe era alcoólatra, morreu de bebida. Elas começaram a beber depois que mamãe faleceu. Faço tudo para Luiza não beber: tranco o portão, mantenho fechada e ocupada com serviço de gráfica; faço horrores para manter ela dentro de casa, mas sempre acha um que dá uma bebida. E outra coisa, ela está me roubando, não tem um lugar na casa que eu esconda o dinheiro que ela não ache. Ela bebe, avança, joga coisa no chão, vai no microondas e fica apertando os botões e estraga tudo. Aí, eu tenho que ir trabalhar, de novo, para poder consertar. É aquele

---

<sup>66</sup> Na forma processual do ritual, de acordo com Turner (1969), o *mestre de cerimônia* pode trazer o paciente e seus parentes para dentro de uma operação temporária que é denominada *comunidade de sofrimento*, em que se considera que todos estão sofrendo o mesmo tipo de aflição que supostamente está acometendo o candidato a paciente ou, pelo menos, estão sofrendo suas conseqüências e, por isso, também são alvo da ação ritual.

<sup>67</sup> Para uma definição de *drama social*, consulte o primeiro capítulo ou Turner (1957, p.91-94)

<sup>68</sup> Segundo Turner (1957, 1974, 1985), ritual de aflição é um tipo de mecanismo reparador empregado para manusear conflitos e crises surgidos dentro de um grupo.

horror. Eu ligo para o meu irmão, ele é preocupado, mas é demorado. Ele alega que tem dois empregos, que ele tem a família dele, também.

Chefe da guarnição: A senhora acha que a melhor solução para o problema seria internar?

Irmã de Luiza: Um internamento.

No diálogo acima, a irmã de Luiza iniciou o processo de *self characterization*, através do contraste de seu *self* com os *selves* dos demais membros da família. Além disso, caracterizou Luiza por justaposição ao *selves* destes outros membros da família. Ela (*eu*), diferentemente das irmãs e da mãe (*outros*), não bebe e, diferentemente do irmão (*outro*), é ativa, ágil no sentido de haver tomado todas as medidas para salvar a outra irmã e também medidas para que Luiza não saia de casa para conseguir bebida na rua. Ao identificar a mãe como uma alcoólatra, cuja morte foi causa pelo alcoolismo e cuja trajetória e exemplo foram seguidos pelas duas outras filhas, a irmã de Luiza retirou da própria mãe os significados modernamente associados à figura materna (*o terceiro*)<sup>69</sup> e os transferiu para si. Assim, a irmã de Luiza é quem cuida, vigia, preocupa-se, salva, mantém, assumindo com isso o lugar de mãe e usurpando, através dessa operação de transferência, o lugar da sua própria mãe dentro daquele núcleo familiar.

Já a caracterização que a irmã faz de Luiza para o chefe da guarnição se dá através da transferência para Luiza da trajetória de vida e da relação que sua mãe e irmã estabeleceram com o álcool:

mãe/irmã : alcoolismo : morte

---

Luiza : alcoolismo : morte (?)

Na horizontal, tanto na primeira quanto na segunda tríade o alcoolismo é a conexão letal entre o primeiro e o terceiro elemento (TURNER, 1969). Já na

---

<sup>69</sup> Conforme Crapanzano, “the ‘self’ is an arrested moment in the ongoing dialectical movement between self and other; that this arrest depends upon the typification of self and other; that typification of other depends upon a Third – a guarantor of meaning that permits the play of desire” (1992, p. 72).

vertical, a primeira tríade opera uma transferência por similaridade para a segunda. Ao realizar essa operação, preenche o espaço do terceiro elemento, na segunda tríade como uma possibilidade, dada a semelhança das relações estabelecidas tanto na primeira quanto na segunda tríade entre o primeiro e o segundo elementos. Dito de outro modo, a irmã de Luiza a caracterizou como alguém que, dado o histórico familiar, estava fadada à morte, caso não recebesse um tratamento. A irmã seguiu com o processo de caracterização de Luiza, em que o alcoolismo ainda figurou como o principal elemento, seja como causador de seu comportamento agressivo ou como causador dos roubos praticados por ela. Assim, a irmã foi construindo a caracterização de Luiza, para o chefe da guarnição, como alguém cujo comportamento era grandemente influenciado pela ingestão excessiva de bebidas alcoólicas, criando os *índices* que possibilitassem a percepção de Luiza como alcoolista.

Pode-se dizer que ao construir o processo de *self characterization* e de caracterização de Luiza, a irmã também encenou um *ato perlocucionário*. Isto é, através do *self characterization* e da caracterização de Luiza desenvolvidos diante do chefe da guarnição, a irmã buscou convencê-lo de que ela ocupava o lugar de mãe naquela família e, por preocupar-se e cuidar dos demais, considerou que o internamento e o tratamento de Luiza era uma necessidade, caso contrário ela teria o mesmo fim que sua mãe e a outra irmã. No diálogo, a irmã de Luiza também construiu uma simbologia do alcoolismo que estabelece significados, tais como: agente destruidor do organismo, capaz de causar a morte, gerar comportamentos agressivos e levar à realização de crimes como roubo, por exemplo.

O diálogo entre o chefe da guarnição e a irmã de Luiza seguiu:

Chefe da guarnição: Agora, me deixa fazer uma pergunta para a senhora: a senhora acha que ela tem problema mental ou...?

Irmã de Luiza: Não, tem não. Ela tem delírios. Quando eu a mantenho fechada, e ela não consegue achar bebida, ela começa a ver que tem alguém encostando, alguém matando. Chega até a me apavorar: corre, corre, tem alguém lá na sala! Ela vê aquele tanto de gente, eu chego na sala e não tem ninguém. Chega a me

dar medo, também, mas eu sei que aquilo são alucinações. Agora, se ela toma uma dose de cachaça, aquilo desaparece na mesma hora.

Pesquisadora: E por que a senhora chamou os bombeiros?

Irmã de Luiza: Eu não sabia como controlar a situação. Porque ela nunca passou do limite como passou hoje.

Pesquisadora: Passar do limite, como?

Irmã de Luiza: É tentar me enforcar e tentar botar fogo na casa. Ela nunca tinha chegado a ponto de botar fogo na casa. Aí, hoje, eu achei que ela ultrapassou os limites. Aí, esse rapaz [o socorrista] estava perguntando se eu tomo remédio controlado. Eu digo: tomo, ordens médicas, o médico me receita de seis em seis meses para eu tomar um Diazepan, para relaxar, porque eu tenho muito espasmo, não que eu tenha problema mental.

Antes daquele período de suspensão, somente o chefe da guarnição e eu havíamos entrado na residência, o socorrista auxiliar ficou na porta da casa junto à viatura. Então, observando a entrada da casa, encontrou uma caixa vazia de Diazepan, medicamento utilizado para extinção de sintomas relacionados a transtornos de ansiedade; também está indicado em caso de espasmos musculares, insônia, na síndrome de abstinência alcoólica e na ansiedade presente em estados psicóticos e neuróticos<sup>70</sup>. O socorrista buscou informar-se sobre quem era o paciente que tomava aquele medicamento e foi informado de que se tratava da irmã de Luiza. Ao entrarmos na viatura para fazer o atendimento à tentativa de suicídio o socorrista passou essa informação para o chefe da guarnição como um índice da existência de um *paciente psiquiátrico* e que, segundo sua apuração, se tratava da própria irmã de Luiza. No retorno, ela mesma mencionou o dado, explicando os motivos pelos quais tomava o medicamento, os quais não estavam relacionados a algum tipo de problema mental, como poderiam pensar. É importante perceber que foi admitida a existência do alcoolismo e transtornos secundários a crises de abstinência como

---

<sup>70</sup>Informação retirada da bula do medicamento presente em <http://www.psicosite.com.br/far/ans/bula/diazepan-b.htm>. Acesso em: 02 de abril de 2006.

alucinações, uso de medicamentos para ansiedade, mas nada disso foi relacionado à presença de doença mental.

O diálogo prosseguiu.

Pesquisadora: Então a senhora quer interná-la?

Irmã de Luiza: Eu acho que seria injusto...

Chefe da guarnição: Uma desintoxicação?

Irmã de Luiza: Uma desintoxicação. Os crentes ofereceram internamento, mas o crente é mais na base da oração. Eu disse: não, ela tem o organismo prejudicado, ela sofreu cirrose hepática, ela tem hepatite B. Como é que vai curar só na base da oração? Ela precisa passar por um exame clínico. Eu não quero um hospital onde ela receba só oração; eu quero que ela tenha um acompanhamento de um psicólogo, um exame clínico. Ela tem o organismo prejudicado devido à bebida.

Chefe da guarnição: Agora, me deixa fazer uma pergunta para a senhora, para a gente descartar alguma coisa. Por exemplo, a princípio eu vim para cá, e me informaram que a situação era de alguém que tem problema mental.

Irmã de Luiza: Não, não é isso, fui eu que conversei, a moça entendeu mal. A moça me perguntou se ela tinha problema mental. Eu disse: ela não tem problema mental, ela é alcoólatra.

Chefe da guarnição: Então, essa hipótese está descartada.

Irmã de Luiza: Está descartada, ela é alcoólatra.

A despeito de que tenha dito que achava injusto internar Luiza, a irmã aceitou a sugestão de uma desintoxicação dada pelo chefe da guarnição que, de toda forma, em sua perspectiva, envolveria um tipo de internamento. Assim, a irmã de Luiza rejeitou uma noção específica de internamento, isto é, aquele que foi dado por várias décadas aos loucos em que a terapêutica consistia no próprio internamento.

Ao se referir à oração e ao organismo prejudicado, a irmã de Luiza negou a possibilidade de intervenção curadora do primeiro sobre o segundo e, assim, estabeleceu, por analogia, aquilo que ela entende como sendo o campo de

atuação específico da oração, isto é, problemas de uma ordem que se poderia chamar de sobrenatural. Ao negar a possibilidade de cura via oração, em função de existência de um corpo que apresenta problemas orgânicos, e não sobrenaturais e de reivindicar um tratamento pela Biomedicina, ela inseriu o alcoolismo no mundo das doenças concebidas organicamente. Dessa forma, a concepção da irmã de Luiza sobre o alcoolismo é que se trata de uma doença cuja causa é orgânica, provocando manifestações e efeitos orgânicos que somente podem ser curados por tratamentos da mesma natureza, isto é, aqueles que têm a capacidade de agir sobre o organismo.

Novamente é preciso indicar que essa narrativa da irmã de Luiza também se tratava de um *ato performativo perlocucionário*, pois ao conceber o alcoolismo como uma doença que causa efeitos orgânicos sobre o corpo, ela estava tentando convencer o chefe da guarnição de que Luiza deveria ser levada por eles para um internamento com o subsequente tratamento de desintoxicação.

O chefe da guarnição, mais uma vez, tentou livrar-se da confusão estabelecida entre problema mental e transtornos secundários ao alcoolismo, buscando chegar a um consenso sobre a designação que se daria ao caso de Luiza. Após todos os diálogos e questionamentos ocorridos ao longo dessa fase, finalmente a irmã de Luiza pronuncia: “ela é alcoólatra”. De posse dessa informação, buscada com afincos durante toda essa fase, o chefe da guarnição estabeleceu, de forma definitiva, a classificação para o caso de Luiza: ela é alcoolista.

Assim, analisando a forma processual do ritual (TUNER, 1969), concluo que a segunda fase teve como objetivo avaliar a classificação do caso informada pelo CIAD e, ao refutá-la, propor uma nova classificação. Nesse sentido, essa fase foi encerrada com a diluição da confusão e da ambigüidade estabelecidas no processo de classificação, na medida em que a irmã de Luiza afirmou que se tratava de um caso de alcoolismo. Assim, a penúltima e a última falas proferidas pela irmã de Luiza e a última fala do chefe da guarnição são *atos performativos ilocucionários*, na medida em que ao dizerem isso, eles estão também encerraram essa fase do ritual.

### **Terceira Fase – Encaminhamentos: não é caso para encaminhamento através dos bombeiros**

De acordo com Tambiah (1985) e Turner(1969), as classificações são formas culturais que fornecem aos homens moldes ou modelos não só para o pensamento, mas também para a ação. Ao classificar, os homens estão tratando tanto com o pensamento como com o vivido, trasladando tais classificações para uma prática em que são manejadas como paradigmas, modelos de problemas e suas possíveis soluções. Assim, a classificação propicia e indica uma ação social.

Nesse sentido, a classificação construída na fase anterior foi o que informou a atuação do chefe da guarnição nessa fase.

Chefe da guarnição: Bom, menos mau. A segunda hipótese é o que, talvez, seja a realidade: ela é alcoólatra, a senhora já sabe. Agora, o bombeiro não pode levar ela para lugar nenhum, hoje.

Irmã de Luiza: É porque ela melhorou de tanto gritar, mas ela estava caindo.

Chefe da guarnição: Esse acompanhamento que a senhora solicitou só a Associação dos Alcoólatras Anônimos faz, mas a associação só pode ajudá-la se ela quiser fazer o tratamento.

Irmã de Luiza: Ela não quer.

Chefe da guarnição: Se ela não quiser, ninguém mais pode ajudá-la.

Irmã de Luiza: Aí, eu fico indignada com a sociedade. A pessoa não quer, está morrendo, tem uma doença. Então, me explique: quem faz alguma coisa a respeito disso?

Chefe da guarnição: É porque o hospital só atende no caso de emergência.

Irmã de Luiza: Eu sou paraplégica e, se eu preciso de um tratamento, eu sei para onde eu vou me encaminhar. Agora, no caso dela, onde é a especialidade disso?

Chefe da guarnição: Me deixa terminar de explicar: o bombeiro teria que ajudar a senhora, hoje, se fosse uma situação de emergência.

Hoje, se ela tivesse ingerido bebida alcoólica a ponto de ter entrado em coma alcoólico, onde ela ia oferecer risco para a própria vida, aí sim, eu levaria para um hospital onde ela ia receber uma medicação adequada para desintoxicar e ia retornar às suas condições normais. Agora, como no caso dela tem que ser um tratamento longo, a senhora procura o centro de assistência que tem no próprio hospital, solicita o tratamento, e o governo não pode se omitir.

Irmã de Luiza: Eu faço o requerimento para o internamento?

Chefe da guarnição: A princípio para ela ser consultada.

Irmã de Luiza: O pessoal da Associação dos Alcoólatras Anônimos já veio aqui, e ela nunca os recebe. Eu fico fazendo tratamento no lugar dela.

Chefe da guarnição: A senhora entendeu? Agora, não é caso de bombeiro, porque não é caso de emergência. Isso é um tratamento em longo prazo. Na lucidez que ela tá agora, se eu chegar no hospital, o médico nem vai atender.

Irmã de Luiza: Entendi, entendi exatamente o que você me disse. Só que você me deixou numa situação como se não tivesse me explicado nada. Eu entendi tudo, mas eu continuo não tendo nada, a zero.

Chefe da guarnição: Eu sei. Para a senhora não ajudou em nada, porque não somos nós que vamos ajudar a senhora nesse caso. Infelizmente, eu não posso fazer nada.

A classificação de Luiza como alcoolista e a performance realizada por ela através do processo de *self characterization* – em que ela se constrói como sujeito autônomo e consciente de suas próprias ações – são índices utilizados para classificar o estado mental como lúcido e, a partir disso, analisar a possibilidade de atuação no caso. O chefe da guarnição realizou mais uma operação de classificação ao não qualificar o caso como emergência, explicitando com isso uma definição do que considerava como emergência naquele caso, isto é, se a paciente estivesse com uma alteração orgânica grave a ponto de oferecer risco de morte. De modo que, como não se tratava de uma emergência, não era um caso para a atuação do bombeiro. Nesse sentido, o chefe da guarnição valeu-se das

situações preconizadas e idealizadas pela Corporação para a sua atuação – situações em que há risco de morte – para justificar seu posicionamento em relação ao caso de Luiza. Dito de outro modo, o chefe da guarnição baseou-se na identidade da categoria profissional<sup>71</sup> para justificar a sua decisão. Ele também utilizou-se de um outro instrumento ritual que auxiliou a convencer a irmã de Luiza de que os bombeiros não eram a categoria profissional indicada para dar solução definitiva ao caso: o uso e repetição de *fórmulas verbais*<sup>72</sup>. Para conseguir o efeito desejado, o chefe da guarnição utilizou a repetição de uma *fórmula verbal* que estava baseada no uso da oposição binária entre *emergência* e *tratamento em longo prazo*, relacionando cada par da oposição aos seus respectivos executores. Dessa forma, através da repetição dessa *fórmula verbal*, o chefe da guarnição protagonizou um *ato performativo perlocucionário*, isto é, através de dizer a *fórmula verbal* ele buscou convencer a irmã de Luiza de que os bombeiros não eram os oficiais corretos para aquele caso.

A irmã de Luiza contra-argumentou insistindo no fato de que ela tinha uma doença e estava morrendo, por isso, o encaminhamento para um tratamento deveria ser compulsório, e não voluntário. Nesse sentido, o *ato performativo perlocucionário* realizado pela irmã durante todo o diálogo não foi *feliz* e ela mesma reconheceu isso ao dizer que as palavras proferidas pelo chefe da guarnição foram entendidas (TAMBIAH, 1985), entretanto, é como se elas não tivessem sido ditas, porque não tiveram a eficácia que ela esperava, isto é, que Luiza fosse encaminhada para um internamento com subsequente tratamento. Há uma outra dimensão da performance da irmã de Luiza que ainda devemos mencionar, isto é, seu intenso desejo de que a irmã fosse retirada do âmbito familiar, como forma de re-ordenamento do espaço<sup>73</sup>.

---

<sup>71</sup> Para uma análise da identidade dos bombeiros do CBMDF, consulte: MARTINS (2003) e CHAVES (2003)

<sup>72</sup> Segundo Tambiah (1985), as *fórmulas verbais* são grupos de palavras repetidas que expressam uma idéia essencial, gerando e produzindo uma recitação como performance, isto é, fazer coisas com palavras. Idéia similar está presente no artigo de Malinowski (1976) em que o autor trata das *fórmulas mágicas* utilizadas pelos trobriandeses em que predominavam palavras com elevada tensão emocional, termos técnicos, verbos que expressavam esperança, êxito e realização capazes de, igualmente, produzir ações.

<sup>73</sup> De acordo com Douglas (1976), o reconhecimento da existência de uma situação anormal conduz à ansiedade que gera idéias relacionadas à separação, à supressão, à punição das transgressões, às quais têm como função impor sistematização à experiência considerada desordenada e/ou desordenadora.

Assim, essa fase foi caracterizada pela análise do caso com base no critério de emergência e da possibilidade de atuação dos bombeiros, encerrando-se com a indicação do chefe da guarnição de que os bombeiros não eram os profissionais adequados para dar uma solução definitiva ao caso. Finalmente, eles não eram os oficiais corretos para realizar uma ação ritual reparadora.

#### **Quarta Fase – Encerramento: orientação**

Irmã de Luiza: Muito obrigado! Desculpe tomar o tempo de vocês. Pensei que vocês tinham uma solução para mim, mas não têm também.

Chefe da guarnição: Nós orientamos. A questão é a seguinte: eu não posso pegar ela, agora, pôr na viatura e levar para o Hospital São Vicente de Paulo. Se eu quisesse fazer isso, eu faria. Mas não seria justo com ela, sendo que ela não tem problema mental.

Irmã de Luiza: Não seria justo com ela, como não seria justo comigo vocês me deixarem ela.

Chefe da guarnição: O que eu posso fazer pela senhora é orientar. Eu não posso ser injusto com ela e prendê-la num hospital. Se eu chegar lá e falar isso...

Irmã de Luiza: Obrigada gente, de qualquer maneira, muito obrigada.

O chefe da guarnição, o socorrista auxiliar e eu retornamos à viatura, que se encaminhou para o quartel. Via rádio, o chefe da guarnição informou à ao Ciad a hora do término da ocorrência e seu desfecho, para que a viatura fosse liberada para o próximo atendimento. Assim, ele informou resumidamente o desfecho e a classificação do atendimento para central:

- Ciad, aqui UTE XXX.

- Prossiga.

- Início: 17:20, término: 18:30. Negativo paciente psiquiátrico. No local, síndrome de abstinência e conflito familiar.

Na última fase, a irmã de Luiza ainda protestou contra o que chamou de “falta de solução”, a qual, por sua vez, significava a não retirada de Luiza do ambiente doméstico para tratamento. Mas o chefe da guarnição confirmou a decisão que já fora tomada na terceira fase, isto é, eles não eram os profissionais indicados para dar a solução ao caso. Assim, a última fase caracterizou-se pela repetição das principais idéias contidas na terceira fase, produzindo, assim, uma intensificação das performances e seus significados. O ritual finalizou da mesma forma como começou, ou seja, com a comunicação entre a guarnição e a Central Integrada de Atendimento e Despacho (CIAD), por meio do uso da linguagem ritual específica em que foi informado o desfecho do atendimento que, em última instância é o evento re-classificado. Dessa maneira, é importante destacar que a linguagem ritual serviu tanto para marcar a entrada quanto a saída dos bombeiros do tempo do ritual (TAMBIAH, 1985).

### **Análise do *drama social***

A primeira fase iniciou-se com a quebra das regras de interação social do núcleo familiar, cujo principal motivo foi a violência física praticada de parte a parte, conforme indicado por cada uma delas durante os diálogos estabelecidos. Segundo Luiza, a sobrinha tentou amarrá-la, por isso ela passou a corda no pescoço da sobrinha num ímpeto de enforcá-la. Já a sobrinha, por sua vez, alegou que Luiza tornava-se violenta todas as vezes que tomava bebida alcoólica, agredindo os membros da família. Entretanto, dessa vez houve um ponto crítico que colocou em marcha a situação crise: conforme relatou a irmã, Luiza quis colocar fogo na casa<sup>74</sup>. Dessa forma, estava presente na abertura do drama, a idéia de um descontrole da vida cotidiana, uma situação em que o núcleo doméstico julgou já não dispor de recursos para solucioná-la e controlá-la domesticamente.

---

<sup>74</sup> Em um outro atendimento observado, o ato de atear fogo na casa onde morava também foi o motivo alegado pelos familiares para solicitarem a ação dos bombeiros sob a alagação de que seu parente estava louco. É interessante observar que em ambos os casos, tanto no de Luiza como no do outro rapaz, o fogo tem uma simbologia que está relacionada ao protesto em relação a um tipo de tratamento recebido por eles dentro do âmbito familiar, o qual gerou uma reciprocidade negativa.

Nessa segunda fase, de acordo com Turner (1985), conflitos latentes são revelados, é quando o estado verdadeiro das situações é desvelado, em que já não cabem mais disfarces e máscaras, de maneira que se a crise persiste as pessoas são compelidas a se posicionar em relação às partes conflitantes. Assim, identificamos que os demais membros da família de Luiza se alinharam com sua parte opositora, isto é, sua irmã mais velha. Ainda segundo Turner (1985), a violência recíproca liberada, seja ela verbal ou física, tende a ser contagiosa, de tal forma que leva o grupo, ou um de seus membros a buscar mecanismos reparadores que possam por fim à crise. No caso de Luiza, é sua irmã que traz para si esse papel, avaliando que a situação fugiu ao controle daquilo que poderia ser manejado pelo grupo e tomando a iniciativa de acionar um mecanismo, por meio do qual ela considerou que haveria um determinado tipo de reparação para a crise.

Com a chegada dos bombeiros à residência de Luiza iniciou-se a terceira fase do *drama social*, caracterizada pela ação reparadora, que tinha como objetivo reverter a crise e restabelecer o ordenamento do grupo. No caso de Luiza, a escolha da irmã foi por acionar um mecanismo cuja provável administração se daria através da internação do membro acusado de provocar a crise e conflito no âmbito familiar.

Assim, a ação reparadora iniciou-se com um mapeamento, por parte do chefe da guarnição dos eventos prévios que levaram à crise (TURNER, 1985). O primeiro procedimento foi conversar com o indivíduo que havia sido acusado de romper o padrão de interação do grupo. Nessa abordagem, o chefe da guarnição buscou analisar a presença de problemas mentais que pudessem estar causando o alegado comportamento agressivo. Após constatar que não se tratava de um portador de problemas mentais, ele buscou dialogar com a solicitante do atendimento para compreender a alegação de que a crise havia sido instalada pelo comportamento agressivo. Nessa conversa, a solicitante tentou buscar significados para o que estava acontecendo e articular os eventos do passado e do presente de forma que fizessem sentido e, além disso, através de diversos mecanismos procurou convencer o chefe da guarnição de que a melhor solução reparadora era o cisma, isto é, a retirada de Luiza do ambiente doméstico. Após ouvir a alegação de ambas as partes, o chefe da guarnição propôs uma

classificação para o evento<sup>75</sup>. Com base nessa classificação, ele decidiu por aquilo que considerava justo<sup>76</sup> e não acatou o pedido de cisma desejado pela irmã de Luiza. Ainda com base nessa classificação, o militar alegou que os bombeiros não eram os profissionais adequados para dar solução ao caso, gerando uma falha na ação reparadora<sup>77</sup>, o que, segundo Turner (1974), pode gerar uma regressão para a fase da crise. Dessa maneira, o maquinário acionado pela família não estava capacitado para manejar a crise de acordo com o que era esperado por ela. De toda forma, o maquinário foi capaz de controlá-la, ainda que possivelmente de forma temporária, através do diálogo e subsequente diminuição da tensão.

Nesse caso, analisar a última fase se torna bastante complicado à medida que não houve uma ruptura, uma separação, mas também não houve uma reintegração social completa. Quando os bombeiros e eu nos retiramos havia estabelecido-se relativa tranquilidade nas interações do grupo familiar. Entretanto, considerando as falas finais da irmã de Luiza, que estava insatisfeita com o fato de que ela não tivesse sido retirada do ambiente doméstico, a regressão à fase de crise era uma possibilidade latente.

### **Recapitulando – Forma processual do ritual**

A definição de ritual de Tambiah (1985) enfatiza que seu conteúdo cultural está fundado em um construto cosmológico particular. Mas é preciso pensar que dentro de uma mesma sociedade podem existir várias cosmologias com formas classificatórias diferentes. Nesta ação ritual, há o encontro de formas classificatórias diferentes tais como a da suposta paciente e seus familiares e a dos bombeiros. De modo que, as mesmas coisas significam coisas diferentes para diferentes pessoas (TURNER, 1974). Diante dessa constatação, idealmente um indivíduo somente seria reconhecido como *paciente psiquiátrico* se as classificações manejadas por esses grupos pudessem sofrer uma tradução mutua

---

<sup>75</sup>Segundo Turner (1985), a fase de reparação é um tempo em que uma interpretação é dada ao evento.

<sup>76</sup>Conforme Turner (1985), a tarefa de ser julgador, presente numa ação reparadora, é dar a solução que se considera ser justa.

<sup>77</sup>De acordo com Turner (1974), nem todo *drama social* alcança uma resolução clara, mas ainda assim é suficiente para expressar a forma processual de sua administração.

de modo a chegar a um consenso classificatório. Digo idealmente porque, em termos da ação ritual, os bombeiros controlam os significados relacionados à categoria *paciente psiquiátrico*. Nesse contexto, o movimento tradutório desenvolve-se da seguinte forma: as pessoas interessadas em receber o atendimento buscam, através de diversas maneiras, inserir aquela situação de crise na categoria classificatória manejada pelo CBMDF.

O ritual acima analisado tem uma forma processual que está baseada em um procedimento classificatório inicial, o qual guiou todas as ações tomadas posteriormente. A fase de classificação esteve marcada pela ambigüidade dada a existência de uma dúvida classificatória em relação ao quadro das *perturbações físico-morais* (DUARTE, 1986) presentes no atendimento. Nesse caso, o comportamento agressivo, expressão mais visível da perturbação, poderia estar associado tanto a presença de doença mental como de alcoolismo. Para o bombeiro, a dúvida classificatória e a ambigüidade da situação residiam exatamente no fato de que era difícil identificar se se tratava de um doente mental ou de um alcoolista. Com base nas informações passadas pelos familiares e pela suposta paciente, o chefe da guarnição classificou o caso como alcoolismo, que embora possa estar inserido na categoria *paciente psiquiátrico*, nesse caso não o foi, porque ele não considerava que se tratava de uma emergência, mas sim de conflitos familiares.

No curso do processo de classificação foi possível entrever as diversas idéias associadas à doença mental, tais como o uso de remédios controlados, ao fato de ouvir vozes, ter visões e haver passado por um internamento. No caso da família, a definição de perturbação, enquanto uma *alteração do estado normal da pessoa*, expressa exatamente a imbricação entre o físico e o moral (DUARTE, 1986). Isto é, o alcoolismo é percebido tanto como uma doença orgânica que é capaz de gerar efeitos, sintomas e manifestações igualmente orgânicos, como também é percebido pela perspectiva moral como o agente causador de um estado de agressividade, violência e crime, como o roubo, por exemplo.

Outro componente importante da forma processual desse ritual é o processo de *self characterization*, que se constituiu como *atos performativos perlocucionários*, em que os participantes do ritual buscavam convencer e influenciar as decisões do chefe da guarnição quanto à classificação e ao

encaminhamento que seria dado ao caso. Assim, Luiza construiu o *self characterization* buscando convencer o chefe da guarnição de que ela era lúcida, possuía autonomia e agia por vontade própria e, portanto, não deveria ser incluída na categoria *paciente psiquiátrico*. Já sua irmã constrói seu *self* pelo contraste em relação aos *selves* dos demais membros de sua família buscando identificar-se como cuidadora e matenedora do bem-estar da família. Por outro lado, a irmã constrói a caracterização de Luiza como alcoólatra, cuja trajetória de vida aproxima-se à de sua mãe e sua outra irmã, as quais morreram por causa de complicações surgidas em função do alcoolismo. De acordo com o desenvolvimento da ação, esses *atos performativos perlocucionários* vão se tornando eficazes, isto é, *felizes* ou não.

No decorrer do ritual e dos diálogos estabelecidos tornou-se difícil diferenciar as dimensões do atendimento que foram operadas por meio de um mecanismo *técnico-racional*, em oposição à lógica ritual<sup>78</sup> (TAMBIAH,1985). De modo que, os procedimentos *técnico-racionais* são colocados em uso num diálogo contínuo com procedimentos indéxicos, analógicos, persuasivos, metafóricos, metonímicos típicos de performances rituais. O atendimento também se caracterizou como um ritual de aflição de curta duração em que há uma ênfase no poder das palavras, em detrimento de outros elementos rituais tais como dança, música, orações, manipulações de objetos (TURNER, 1969; 1974).

### **3.2 Evento Comunicativo 2 – “O Albergue estava querendo se ver livre deles”**

#### **Primeira Fase – Preparativos: o uso das luvas**

Mais uma vez, o ritual iniciou-se com o repasse do endereço e a classificação do atendimento, via rádio e utilizando o Alfabeto Fonético Internacional, isto é a linguagem ritual específica. Tratava-se do atendimento a um

---

<sup>78</sup> Silva (2000) analisando a eficácia do ritual de atendimento brindado pela SOS Ação Mulher Família a vítimas de violência doméstica, também indica a dificuldade em se diferenciar as dimensões técnico-racionais, em oposição à lógica ritual no processo do atendimento.

*paciente psiquiátrico* no Albergue de Taguatinga Sul<sup>79</sup>. Na viatura, o chefe da guarnição anotou o endereço e comunicou o deslocamento para o local do atendimento. Dessa forma, a emissão dessa mensagem em linguagem ritual específica gerou o deslocamento da viatura e da guarnição para a realização do atendimento configurando-se, portanto, em um *ato performativo ilocucionário* (AUSTIN, 1962), na medida em que ao dizer algo, também se fez algo.

Novamente, a emissão da mensagem teve o poder e a função de determinar e de identificar o grupo de indivíduos que estava autorizado a officiar o ritual. Portanto, o uso dessa linguagem ritual específica cumpriu uma função indéxica em relação aos oficiantes do ritual, na medida em que os identificou, os legitimou e os confirmou (TAMBIAH, 1985).

Além dessas informações, o operador de rádio transmitiu uma informação adicional: o (a) paciente estava agressivo(a). Com o recebimento da ordem de deslocamento, a guarnição encaminhou-se para o local indicado. Essa mensagem adicional também possuiu uma força ilocucionária tal que, ao advertir a guarnição para a agressividade do (a) paciente, fez que o chefe e o socorrista auxiliar se preparassem com o uso de alguns instrumentos. O primeiro colocou luvas de látex e o segundo, luvas tecidas em linha, porém grossas, em que na parte de dentro, isto é, na palma da mão, existem pequenos e vários pontos de borracha os quais ajudam a dar aderência aos objetos (ou pessoas) que os bombeiros devem pegar.

Convencionalmente, o uso das luvas de látex pelos bombeiros e pelos profissionais de saúde, de uma forma geral, está associado à idéia da proteção contra a possibilidade de contaminação surgida do contato com substâncias corpóreas, principalmente o sangue. Nessa perspectiva, a luva de látex é o instrumento ritual utilizado pelos bombeiros para entrar em contato um conjunto de coisas consideradas perigosas, em função de um possível contágio (DOUGLAS, 1976). A possibilidade de entrar em contato com substâncias corpóreas contagiosas nos casos de emergência psiquiátrica é pequena, entretanto, esse contato continua sendo percebido como perigoso e contagioso pelos bombeiros. Porém, essa associação está menos relacionada a evitação de uma doença contagiosa do que a uma evitação ritual em relação a um indivíduo cujo contágio e

---

<sup>79</sup> Albergue público do Distrito Federal situado na Cidade satélite de Taguatinga, que está a 20,9Km do Plano de Piloto de Brasília.

perigo reside em um comportamento considerado anormal do ponto de vista da cosmologia e classificação do grupo. Assim, no caso do socorrista auxiliar, que utiliza luvas grossas, cuja função é possibilitar maior aderência ao contato com o (a) paciente, caso tenha que segurá-lo ou agarrá-lo, é a dimensão da periculosidade que está presente, associada ao perigo físico representado pela possibilidade de que ele (a) possa agredir alguém, agredir-se ou tentar matar-se, conforme havia sido advertido pelo operador de rádio.

### **Segunda Fase – Classificação: “o paciente é mãe ou filho?”**

A viatura parou no portão do Albergue e um funcionário informou ao chefe da guarnição que o guarda (funcionário do albergue que cuida da segurança) informaria, lá dentro, quem era o pessoal. Já dentro do Albergue, quando o motorista avistou o policial, estacionou para que a guarnição e eu pudéssemos descer. O guarda disse apontando o dedo: “Eles estão nesse quarto aí”<sup>80</sup>. O chefe da guarnição e o socorrista auxiliar entraram no quarto indicado. O local estava escuro, as janelas no alto, próximas ao teto, e a porta não eram suficientes para iluminar. O quarto não era muito grande, cerca de 3,5m x 4,5m. Na parede em frente à porta, havia quatro camas de alvenaria, duas delas estavam sem colchão. Na parede oposta, havia mais uma cama de alvenaria, também sem colchão, servindo como uma estante para guardar as sacolas e objetos pessoais dos ocupantes.

O socorrista auxiliar<sup>81</sup> e todos nós vimos um homem sentado à beira de uma cama em que uma senhora estava deitada que, a despeito de que fizesse calor, se cobria com um cobertor. A senhora, que depois sabemos tratar-se da mãe do rapaz, pronunciou com voz tensa e nervosa:

Mãe: Pra levar ele, tem que levar eu também. Ninguém vai tirar ele daqui não. Eu tô também, é pra me levar também.

---

<sup>80</sup> Palavra e gesto são tipicamente signos indéxicos, isto é, ao apontar o dedo e pronunciar determinadas palavras o guarda estava indicando uma direção.

<sup>81</sup> Diferentemente do que vimos no caso anterior, neste não havia uma divisão clara entre as atividades exercidas pelo chefe da guarnição e aquelas exercidas pelo socorrista auxiliar, ambos atuaram conjuntamente, podendo-se dizer que não havia um *mestre de cerimônias*, mas dois.

Nesse momento, o socorrista perguntou aos funcionários que estavam à porta do quarto, aliás, com a chegada da ambulância, muito gente se juntou para observar o atendimento:

Socorrista: O paciente é ele ou ela?

Funcionário 1: É ele. Ele agrediu uma coordenadora nossa, aqui.

Funcionário 2: É eles dois.

Mãe: Pra levar ele tem que levar eu também.

Socorrista: Mas ele está agressivo, aí hoje?

Funcionário: É, ele estava agressivo.

Filho: Agressivo com quem? Agressivo com quem?

Mãe: Eu também tô. É pra me levar também.

A dúvida do socorrista é também um *índice* da concepção de loucura manejada nesse contexto. Isso porque a tensão e o nervosismo, apresentados pela senhora foram percebidos, pelo socorrista, como uma *alteração do estado normal e índice* da possível presença da loucura. Por isso, ele retornou ao funcionário para tentar confirmar a informação que havia recebido: a de que o rapaz era o *paciente psiquiátrico*. Entretanto, as respostas dos funcionários não diluíram a dúvida. Ele voltou para quarto e continuou a conversa na tentativa de identificar o suposto paciente:

Socorrista: Qual é o nome do senhor?

Mãe: Tem mais nome, não, agora já acabou.

Socorrista: Tem mais nome, não?

Socorrista: O que foi aí rapaz, o pessoal falou que você está meio agressivo?

Filho: Com quem, agressivo com quem?

Respondeu o filho, demonstrando certa irritação e nervosismo.

Socorrista: Não sei, eu tô chegando agora, não tô sabendo de nada.

Antônio: Eu não tô agressivo com ninguém, não.  
Socorrista: E o que você fez?  
Filho: Nada.  
Mãe: Esse povo aqui é do cão, não é de deus, não, o ladrão que roubou todas minhas águas espiritual.  
Socorrista: Éh.. Roubaram as coisas da senhora...  
Filho: Não, fala nada não, mãe.  
Socorrista: Quantos anos o senhor tem?  
Filho: Eu tenho 49 anos.  
Chefe da guarnição: Tem quanto tempo que o senhor está aqui?  
Filho: Aqui onde?  
Chefe da guarnição: Aqui no Albergue.  
Filho: Aqui no Albergue...  
Mãe: Aqui no Brasil?  
Chefe da guarnição: No albergue, no albergue....  
Filho: Ahhh, sei lá, não tem nem mês, não.  
Chefe da guarnição: Não sabe o tempo certo não, né.  
Filho: Não, sei não.  
Mãe: Eu também não sei desde o dia em que tô aqui, não.

O socorrista saiu novamente do quarto e comentou com os funcionários:

Socorrista: Ela é mais psiquiátrica do que ele.  
Funcionário: Ah, é tanto um como o outro, todos dois varêia.  
Socorrista: Ele já teve atendimento lá no HSVP (Hospital São Vicente de Paulo)?  
Funcionário: Já, já levaram ele lá.

Embora negassem as acusações de agressão, o nervosismo, a irritação da mãe e do filho, as dificuldades de ambos em responder as perguntas feitas pelo Chefe da guarnição e pelo socorrista, bem como a dificuldade de se localizar no tempo foram os índices utilizados pela guarnição para definir que ambos apresentavam algum tipo de perturbação relacionada à loucura e, com isso, receber a denominação de *psiquiátrico*, conforme afirmou o socorrista.

Com isso, ao dizer que a mãe era “mais psiquiátrica” que o filho, o socorrista confirmou a classificação informada pelo Ciad, inserindo ambos na categoria de *paciente psiquiátrico*. Esse procedimento encerrou a fase de classificação.

### **Terceira Fase – Encaminhamentos: o encaminhamento para HSVP**

A coordenadora chegou à porta do quarto e reafirmou que havia sido agredida pelo rapaz naquele mesmo dia, um pouco mais cedo. Nesse momento, a senhora ficou ainda mais nervosa, saiu do quarto dizendo que a coordenadora estava mentindo e, em um ímpeto, atirou-se para cima dela, tentando agredi-la fisicamente e gritando: “Agora eu vou ficar doida, sim! Agora eu vou ficar doida de verdade!” A coordenadora, rindo, se escondeu, tentando se proteger da agressão atrás do motorista da viatura. Os seguranças do Albergue, o chefe da guarnição e socorrista auxiliar a seguraram, antes que ela conseguisse agredir a coordenadora. Ainda muito nervosa a senhora entrou para o quarto novamente. O socorrista auxiliar entrou atrás dela.

Nesse momento, permaneci do lado de fora. Como usava o jaleco branco, a coordenadora provavelmente me identificou com um profissional da área da saúde<sup>82</sup> e perguntou-me: “Eles vão voltar pra cá?” De acordo com outros casos que já havia presenciado e com a própria legislação referente ao internamento de indivíduos em hospitais psiquiátricos<sup>83</sup>, respondi: “o hospital deve ficar com eles no máximo três dias, depois eles os retornam para a casa, que nesse caso é o Albergue”. Ela replicou: “Éhh, mas a direção não quer mais eles aqui, não”. Eu respondi: “Bom, isso tem que ser visto com o hospital, mas eles não podem ficar lá mais do que três dias” e sai, retornando para ao quarto para continuar observando o atendimento. A coordenadora protagonizou um *ato performativo perlocucionário*, à medida que através de confirmar a agressão, tentou convencer os socorristas

---

<sup>82</sup> Nesse caso, o jaleco é um signo que se configura com o que Tambiah (1985: 156) chamou de ícone indéxico, ou seja, ele tem uma estrutura dupla porque combina dois papéis: representa iconicamente os profissionais da área da saúde, mas também é indéxico na medida em que neste contexto indica para a coordenadora o meu possível pertencimento aos profissionais dessa área.

<sup>83</sup> A Lei 10.216 prevê que, acima de 72 horas de internação, o Ministério Público deve ser comunicado do internamento, por isso, os hospitais evitam que os pacientes excedam esse período de internação.

(ou reforçar uma decisão já tomada) de que mãe e filho deveriam ser encaminhados para o Hospital São Vicente de Paulo. Entretanto, seu ato também teve uma consequência não-intencionada (TAMBIAH, 1985): a reação agressiva da senhora, protestando contra o que denominou de mentira da coordenadora e contra uma caracterização (CRAPANZANO, 1992) de loucos que estava sendo imputada a ela e ao filho.

Tanto mãe quanto filho foram classificados como *pacientes psiquiátricos* pela detecção de uma *alteração do estado normal da pessoa*, através de vários signos indíceis, tais como: nervosismo, irritação, agressividade, desorientação no tempo e internações em hospital psiquiátrico. A classificação propiciou e indicou uma ação social (TAMBIAH, 1985). Dessa forma, após a classificação, o procedimento tomado pela guarnição foi o de encaminhá-los para hospital psiquiátrico, mais especificamente o Hospital São Vicente de Paulo (HSVP). Mas antes disso, um outro procedimento foi tomado: persuadir mãe e filho a entrar na viatura e seguirem para o Hospital:

Mãe: Eu vou falar com, com, com...

Socorrista: A senhora fica calma, pode ficar calma, é só para a senhora ir acompanhar seu filho no atendimento. Pode ficar calma. A senhora vai lá com a gente?

Mãe: Aqui ôh, o remédio que ele estava tomando três vezes por dia.

Socorrista: Não precisa ficar nervosa, não, pode ficar calma.

Mãe: Meu remédio, eu vou tomar, eu tava tomando remédio, aqui ôh.

Socorrista: Não precisa tomar, não, vamos lá, para o médico atender vocês. Vamos, vamos, vamos. A senhora tem que ficar calma.

Mãe: Meu remédio, eu vou tomar aqui, ôh.

Socorrista: Vamos lá, para a senhora acompanhar o filho da senhora.

Mãe: Ele tomou esse comprimido aqui ôh, aqui ôh, ele miorô. Ele tá bão.

Socorrista: Não, mas ele tem que ser atendido lá, de novo.

Mãe: Vai pra lá para depois chegar lá e ficar caçando, telefonando pra...

Socorrista: A senhora vai com ele, não vai?

Mãe: Eu tomo nevagina (novalgina).

Socorrista: Vamos embora, vamos embora, ela vai com você também.

Chefe da guarnição: Bora, bora, bora!!

Mãe: Vai não!!!

O Clima ficou tenso novamente.

Socorrista: Deixa eu falar com ele (Filho). Eu tô vendo que senhor estava calmo.

Mãe: Ele miorô, ele tomou comprimido, aqui oh, e miorô, é porque ele não tava tomando o remédio.

Socorrista: O senhor vai chegar lá calmo, vai falar com o médico e ele vai mandar o senhor de volta, mas se o senhor fica nervoso, aí o médico vai achar que o senhor está doido, vai querer deixar o senhor lá.

Profusão de falas: mãe, filho, socorrista, chefe da guarnição. Por fim, o filho convencido, disse:

Filho: Vamos lá, mãe, vamos lá, mãe.

Mãe: Eu vou sair daqui e eu vou para um hotel.

Socorrista: Fica tranqüila, a senhora está indo como acompanhante.

Chefe da Guarnição: Vamos embora.

Socorrista: Vamos lá, sua mãe vai te acompanhar.

Filho: Vamos lá, mãe.

Mãe: Eu vou sair de lá e vou para Goiânia.

Socorrista: Vamos, vamos, bora.

Chefe da Guarnição: Entra aí, entra aí, entra aí.

Socorrista: É a senhora que toma esse aqui? Leva, pode levar o remédio para mostrar para o médico.

Mãe: Eu vou lá falar com, com....

Socorrista: Depois, depois que a senhora voltar.

Socorrista: Entra aqui, entra devagar, deixa eu ajudar a senhora, aí coloca o pé aqui.

Motorista viatura: Aqui, aqui, entra aqui (fala para o filho)

Mãe: É macumba, é o macumbeiro que tá aí...

Nova profusão de falas. O socorrista tentou diminuir a tensão que, oscilando, ora aumentava, ora diminuía:

Socorrista: Não, vamos embora, bora, bora....

Socorrista: Documento? Vocês têm documento?

Filho: Tá tudo lá dentro, ta tudo lá dentro. (Ele faz o movimento de voltar para buscar os documentos).

Socorrista: Não, pode entrar, pode entrar.

Filho: Os documentos da senhora tá tudo lá dentro, mãe.

Socorrista: Fica tranquilo, tem problema não, você fala o nome para gente.

Mãe: Eles vão me roubar aí.

Conforme Tambiah (1985), todo ritual é endereçado a participantes humanos e usa uma técnica que tenta reconstruir e integrar as mentes e as emoções dos atores. No momento acima descrito, especificamente, o procedimento foi produzir de locuções que eram tanto *perlocucionárias*, à medida que objetivavam convencer mãe e filho a seguirem para o Hospital, quanto *ilocucionárias*, no sentido de que através de dize-las, também se buscava produzir controle sobre as oscilações da tensão no ambiente<sup>84</sup>. Assim, a técnica empregada buscava reconstruir as emoções dos participantes em níveis mais tranquilos. O socorrista também se valeu do uso de mensagens redundantes para controlar as oscilações do nível de tensão e acalmar os ânimos de mãe e filho. O uso de locuções como: *Vamos! Vamos embora! Bora!* (redução de embora) foram repetidas várias vezes ao longo das falas, utilizando uma estrutura de repetição

---

<sup>84</sup> Kondo (1985), analisando a cerimônia do chá no Japão, ritual constituído por uma seqüência de movimentos oscilatórios, indica a criação de técnicas que possam monitorar e controlar cada um desses movimentos.

subseqüente dupla ou tripla de palavras. Essa foi uma técnica utilizada para reforçar e manter a aceitação de mãe e filho em relação ao procedimento de encaminhá-los ao HSVP. Já que sem a aceitação dos participantes o procedimento seria abortado e o ritual perderia sua eficácia, pelo menos, do ponto de vista da performance realizada pela guarnição.

A paciente realizou uma performance, para se contrapor a do socorrista, que consistiu, em grande medida, na utilização dos mesmos procedimentos usados por ele, isto é, o uso de locuções perlocucionárias, as quais acrescentou a repetição das mensagens transmitidas. Através de falar, repetidamente, sobre o uso dos medicamentos, por ela e pelo filho, tentava convencer o socorrista de que o encaminhamento para o HSVP não era necessário, já que ambos estavam tomando os remédios receitados, novamente. Essas falas também foram importantes porque revelaram o conhecimento e o manejo que a paciente tinha sobre o *sistema de cuidado com a saúde*<sup>85</sup> vigente em sua cultura (KLEINMAN, 1980).

O diálogo continuou durante todo o trajeto até o HSVP. Dentro da viatura, o filho apoiou a mãe quando ela sentou-se e depois arrumou o zíper de sua roupa que estava aberto. Então, ela disse que não poderia deixá-lo porque era seu filho, por isso deveria acompanhá-lo.

Mãe: Eu tô aleijada, doida...

Socorrista: Tá nada, a senhora tá é bem.

Mãe: Eu estou só o osso.

Socorrista: Eu também só estou o osso, olha aí, mas não estou ruim, não. Como é o seu nome todo?

Filho: Todinho?

---

<sup>85</sup> Segundo Kleinman (1980), em todas as sociedades as atividades de cuidado com a saúde são respostas socialmente organizadas para lidar com a doença que constituem um sistema cultural especial: *o sistema de cuidado com a saúde*. Nessa perspectiva, o autor percebe a medicina como um sistema cultural, isto é, um sistema de significados simbólicos, baseado em arranjos particulares de instituições sociais e padrões de interação interpessoal. Em toda cultura, a doença, a resposta dada a ela, os indivíduos experimentando-a e tratando-a e as instituições sociais relacionadas a ela estão todos sistematicamente interconectados, assim, a totalidade dessas inter-relações é o *sistema de cuidado com a saúde*. Esse sistema integra as crenças sobre as causas da doença, normas que governam a escolha, a expectativa e a avaliação de tratamento, status socialmente legitimados, papéis (eu diria performances), relações de poder, interações encenadas, a forma como as pessoas atuam dentro desse sistema e usam seus componentes.

Socorrista: É todinho.  
Filho: Antonio Siqueira Rodrigues.  
Socorrista: Calma.  
Mãe: Fala com calma.  
Antônio: Antonio, escreve aí, escreve aí.  
Socorrista: O rapaz está escrevendo lá.  
Antônio: Ah, está escrevendo lá, pensei que era ela (pesquisadora) que ia escrever aí.

Eu fazia algumas anotações na caderneta, quando a senhora me fez algumas perguntas, como estava absorta não escutei, então, o filho chamou-me e parei de anotar.

Mãe: É o dia inteirinho escrevendo, hoje? Oh, dia excomungado esse!!!  
Antônio: Menina?  
Mãe: Escreve mais.  
Pesquisadora: Não, não vou escrever mais não. Isso aqui é só lá no quartel, só quando chegar lá no quartel é que vou escrever.  
Mãe: Agora á tarde eu perdi a paciência, andei demais o dia inteiro.  
Socorrista: Não, mas a senhora tem que ficar calma. Não pode ficar nervosa assim, não.  
Mãe: Fui lá pros lados da Católica<sup>86</sup>, andei aquilo lá tudinho, fui arrumar documento lá.  
Socorrista: É Antonio Siqueira Rodrigues?  
Antônio: É. Com C, viu?  
Socorrista: 49 anos?  
Antônio: É, por aí assim.  
Socorrista: O nome da senhora é qual?  
Mãe: Eu tenho uma prima, lá, em Planaltina que eu passei lá para visitar, porque a casa dela agora é museu.  
[inaudível]  
Socorrista: A senhora é de Planaltina?

---

<sup>86</sup> Universidade Católica de Brasília, cujo campus fica perto do Albergue, em Taguatinga Sul.

Mãe: É.

Socorrista: Eu conheço lá. Meus parentes são de lá também.

Meus parentes é, lá, do fundão também, abaixo da Fercal, ali, né?

Mãe: É.

Socorrista: É, eu conheço lá tudo.

Mãe: É, eu também sou de lá.

Antônio: Eu tô é com fome.

Socorrista: Tá com fome? Mas rapaz, tinha biscoito lá na sua casa.

Antônio: Pois é, eu tava comendo, uai.

Socorrista: Fica tranquilo que no hospital tem comida também.

Socorrista: O nome da senhora é como?

Mãe: Ana Oliveira da Silva.

Ana: Ana Oliveira da Silva?

Mãe: É. Desde ontem que eu tô tentando falar com o advogado e eles não deixam e nem me dão o telefone, nada.

Socorrista: Quantos anos a senhora tem?

Ana: 72.

Embora, ao longo do atendimento, os socorritas tenham feito tentativas de identificação dos nomes dos pacientes, essa informação foi sendo sistematicamente negada pela mãe, seja de forma explícita: “Tem mais nome, não, agora já acabou”; ou implícita por meio da mudança de assunto quando questionada sobre seu nome: “O nome da senhora é qual?” – “Eu tenho uma prima lá em Planaltina que eu passei para visitar, porque a casa dela agora é museu”. Na seqüência dessa fala, o socorrista iniciou um processo de identificação com a paciente pelo fato de terem parentes vivendo no mesmo lugar. Entretanto, o que para ele era um recurso para estabelecer uma personalidade instrumental, por meio da qual buscava criar uma relação de confiança<sup>87</sup> e manter certa estabilidade até a chegada ao HSVP, para Ana foi a indicação de que eles

---

<sup>87</sup> A persuasão, o diálogo e a confiança são recursos cuja utilização é recomendada pela corporação: “tentar persuadir o paciente a acompanhá-lo ao hospital; manter diálogo com o paciente, mostrando-se calmo e seguro e procurando conquistar sua confiança” é uma das orientações que fazem parte da apostila intitulada “Distúrbio Psíquico”, que foi elaborada pela Seção de Ensino e Instrução da 1ª e 2ª Companhia Independente de Emergência Médica. A apostila é ministrada no curso de formação de socorristas, chamado Estágio de Socorros de Urgências Pré-hospitalares. (CARVALHO, 2002).

poderiam ser identificados. Diante dessa possibilidade, suas repostas subseqüentes foram lacônicas. Anteriormente, ela já havia dito que não queria ir para o Hospital porque eles ficam procurando e telefonando em busca de informações sobre os pacientes. Todas essas situações são *índices* de que ela não queria ser identificada, reconhecida, encontrada, associada a alguém ou a algum núcleo familiar. O assunto das identificações foi finalizado e a conversa seguiu por outros caminhos, mas sempre buscando manter certa estabilidade nas interações. Ana, mesmo com o interesse de manter-se no anonimato, ainda se apresentou mais falante que Antonio, o qual fez todo o restante do trajeto, praticamente, calado. Em um determinado momento, ele riu alto e foi repreendido pela mãe, então, se calou completamente.

Apesar de já terem sido classificados como *pacientes psiquiátricos*, foi o preenchimento da Guia de Atendimento de Emergência (GAE) que teve o poder de torná-los, efetivamente e oficialmente, pacientes, isto é, indivíduos passíveis de receber a atenção médica por parte do Estado. Dessa forma, o preenchimento da GAE é um instrumento por meio do qual os oficiais decretaram a eficácia do ritual e também simbolizou a aceitação da classificação, bem como a adesão dos pacientes ao encaminhamento e tratamento no hospital especializado.

#### **Quarta Fase - Encerramento: respondendo ao sintoma**

A viatura estacionou na rampa que dava acesso à recepção do setor de emergência do Hospital São Vicente de Paulo. Com exceção do motorista, todos desceram. As quatro grandes portas do setor de emergência estavam abertas. Na recepção, conforme já disse anteriormente, há um grande balcão de alvenaria, com cerca de 1.50 metros de altura, aproximadamente, que ocupa toda a sua extensão (largura), dividindo os espaços destinados aos *de dentro* e aos *de fora*. Esse espaço tem um significado liminar para aqueles que aguardam pelo atendimento, na medida em que somente após ingressarem na sala de consulta e serem classificados de acordo com o saber médico-psiquiátrico é que eles tornam-se efetivamente “objetos” da atenção do sistema público de saúde. Nesse caso, a classificação empreendida pelos socorristas somente tem validade para âmbito da atenção pré-hospitalar. Dito de outro modo, os indivíduos que esperam pelo

atendimento ainda não foram ritualmente incorporados ao contexto do Hospital, prevalecendo em relação a eles uma atitude de separação, que Douglas (1976) indicou como uma reação à ansiedade gerada pela indefinição, pela ambigüidade e pela confusão presentes no momento que antecede a classificação.

Ao entrar na recepção, o socorrista pediu para que Ana e Antonio sentarem-se no único banco que havia e aguardassem até que suas fichas para o atendimento fossem preenchidas. O chefe da guarnição informou o nome de ambos para o atendente, que foi até o arquivo verificar se eles já possuíam ficha de atendimento no Hospital. Eles tinham ficha e Antonio havia sido atendido no setor emergência há 13 dias. O atendente preencheu as fichas para a consulta que seria realizada naquele dia e levou-as até o consultório. Esse procedimento não demorou mais que 10 minutos.

Assim que recebeu as fichas, o psiquiatra chamou Ana e Antônio que entraram na sala de consulta, o socorrista e eu acompanhamos. Eles entraram e sentaram-se em frente à mesa do médico-plantonista. O socorrista ficou do lado esquerdo da sala, próximo à porta, e eu do lado direito, logo atrás dos pacientes. O médico perguntou para os dois o que estava acontecendo, eles permaneceram calados e não responderam. Ele olhou para o socorrista e não disse nada, mas o olhar perguntou. O agente do CBMDF informou que os funcionários do Albergue disseram que o rapaz estava agressivo, entretanto, a senhora era quem estava nervosa quando a guarnição chegou. Ana, que havia estado calada até esse momento, rompeu o silêncio para fazer sua defesa diante do médico. Segundo ela, o pessoal do Albergue a havia irritado e, buscando obter a compreensão do médico disse: “é normal se uma pessoa te irritar você ficar nervoso?!” O médico não respondeu, com a cabeça semi-abaxada, seguiu preenchendo formulários, tais como a ficha do atendimento de emergência e a receita médica. Silêncio. Na seqüência, praticamente sem levantar a cabeça, o psiquiatra perguntou se ela estava tomando algum medicamento. Ela disse que sim, que estava tomando um remédio em gotas, entretanto, não sabia dizer o nome. Ele seguiu preenchendo os formulários. Silêncio, novamente. Pouco tempo depois...

O psiquiatra perguntou para o socorrista, dessa vez com um ar menos autoritário<sup>88</sup>, se eles (bombeiros) poderiam levá-la de volta ao Albergue. O socorrista disse que teria que ver, pois isso não era função deles. O médico entregou a receita para Ana e pediu que ela passasse para sala ao lado. Ela saiu. A farmácia do hospital já estava fechada, por isso, o médico resolveu usar medicação injetável e interná-la. O socorrista perguntou se poderíamos nos retirar. O psiquiatra disse para aguardar já que ainda avaliaria o rapaz para ver se ele também ficaria internado.

Antonio trazia uma cartela de remédios na mão, estava praticamente vazia. O médico perguntou quantos comprimidos ele tomava, mas ele não soube responder e perguntou à mãe, que já estava na sala ao lado sendo medicada. Ela não escutou e eu fui até lá para transmitir a pergunta. Ela disse que eram três. O médico seguiu preenchendo o prontuário de Antonio e dispensou o socorrista, dizendo que iria passar uma medicação injetável – o psiquiatra não disse, mas como dispensou o socorrista, provavelmente, o internaria também. Nós saímos do consultório e fomos embora. Todo o procedimento não tardou 10 minutos.

Todos os procedimentos tomados na sala de consulta são gerenciados pelo médico, isto equivale a dizer que ele controla toda a cena do ritual, bem como a performance dos demais participantes, isto é, o momento de falar, o momento de calar, o que dizer, o que fazer, o que utilizar para cura, como utilizar, tudo passa pela decisão desse curador. A performance<sup>89</sup> do médico na cena é, então, dominante em relação a performance dos pacientes, portanto, nesse *sistema de cuidado com a saúde* o ritual de cura está centrado nas atividades e na performance desenvolvida pelo curador (KLEINMAN, 1988). Não houve da parte do curador qualquer iniciativa, diferentemente dos socorristas, de estabelecer algum grau de confiança, de cordialidade, de simpatia, de apoio em relação ao pacientes, embora Ana, em alguma medida, ao fazer sua defesa, tenha requerido esse apoio. Nesse sentido, é importante pontuar que a performance do médico

---

<sup>88</sup> Conforme relatei no primeiro capítulo, as relações entre pessoal médico e paramédico é conflituosa e parte desse conflito advém das relações de hierarquia e poder existente nesse espaço.

<sup>89</sup> Segundo Laderman e Roseman (1996), todo encontro entre pacientes e curadores são episódios dramáticos e cada um realiza sua performance de acordo com as expectativas e aprendizados sócio-culturais, por isso, chamada de uma *performance cultural*.

estava baseada em um procedimento eminentemente interrogativo protocolar. Isto é, a interação estabelecida entre curador e paciente se deu em um nível formal, em que a performance do segundo se baseou na posição passiva de responder aos questionamentos do primeiro.

Ao contrário dos socorristas, a performance do médico não enfatizou o uso da palavra e nos poucos momentos em que a utilizou, o plano operacional da linguagem foi o referencial (JAKOBSON, 2001). Isto é, a linguagem não foi usada como uma força produtora de atos (AUSTIN, 1962). Nesse evento, destacou-se a presença de uma ação não verbal, em que o modelo explicativo sobre aquele episódio de doença estava implícito (KLEINMAN, 1988). Assim, a consulta possui uma lógica seqüencial que foi utilizada tanto no atendimento de Ana quanto de Antonio e pode ser expressa da seguinte forma:

1. Pergunta – uso da palavra no plano referencial.
2. Resposta – uso da palavra no plano referencial.
3. Silêncio.
4. Ação não-verbal - preenchimento da ficha atendimento de emergência e receita médica (silêncio concomitante).
5. Uso da palavra e ação não verbal – entrega da receita médica para o paciente e pedido para que passe para a sala ao lado.
6. Retirada do paciente.

Assim, a performance do médico é caracterizada pela formalidade das interações e pela redundância do arranjo e conteúdo da consulta. O curador não abre espaço para o uso de outros dispositivos e outros arranjos tais como o questionamento dos pacientes e a possibilidade de negociação sobre o tratamento proposto – a adesão é compulsória – que, nesse caso, se baseia no uso da medicação injetável e da internação, isto é, a terapêutica proposta pelo médico está baseada em intervenções do tipo física e química (KLEINMAN, 1988), típicas da biomedicina, cujo foco principal é a supressão dos sintomas provocados pela doença.

### **Análise do *drama social***

Ao final do atendimento de Ana e Antonio, após deixarmos o setor de emergência o HSVP, enquanto retornávamos para a viatura, o socorrista e o motorista comentaram que, provavelmente, o pessoal do Albergue estava querendo roubar a vaga deles, isto é, retirá-los para colocar outras pessoas no lugar. Havia também o problema relacionado à comida, eles não estavam conseguindo alimentos porque precisavam de um documento que não possuíam. Esses acontecimentos indicam que, de fato, algo estava sendo disputado naquele conflito, seja a vaga no albergue, o direito a ter comida ou a tomar banho quente. Com isso, existia uma situação de oposição, de conflito, clara. O evento que fez romper o conflito, isto é, a quebra visível de alguma norma que rege a interação nesse grupo, segundo o relato dos funcionários e da coordenadora, foi o fato de que Antônio tentou agredi-la. Embora eles tenham denunciado a agressão, não informaram o motivo. Por isso, é importante ter como pano de fundo do conflito essa provável disputa indicada pelos socorristas.

Com a agressão, veio o posicionamento da coordenadora do Albergue em solicitar a presença dos bombeiros, com o objetivo de que Antonio fosse encaminhado ao Hospital São Vicente de Paulo, local em que havia estado treze dias antes. Junto com esse objetivo havia o desejo da coordenadora, declarado sem disfarces, embora imputando “a direção” (ela faz parte da direção), de que Antonio e Ana não retornassem para o Albergue. Esse posicionamento da coordenadora representou o pólo do conflito que buscava uma resolução específica para a crise: a separação. De modo que, durante a fase reparadora, a coordenadora fez todas as diligências para que o cisma se efetivasse, de forma definitiva.

A ação reparadora, como no caso anterior, iniciou-se com a identificação do indivíduo acusado de haver quebrado as regras do intercurso social. O chefe da guarnição e o socorrista auxiliar buscaram saber o motivo da solicitação, entretanto, diferentemente do que ocorreu no caso anterior, não fizeram um mapeamento dos eventos prévios que levaram à crise (TURNER, 1985).

O primeiro procedimento, assim como no caso anterior, foi abordar e conversar com o indivíduo que havia sido acusado de romper o padrão de interação do grupo, dando início à crise. Nessa abordagem, tanto o chefe da guarnição quanto socorrista buscaram identificar a presença de perturbações

relacionadas à loucura que pudessem estar causando o alegado comportamento agressivo, conforme Turner (1957), tratava-se de um escrutínio dos comportamentos indicados como desviantes. Após uma breve análise, realizada através da presença de signos indíceos, tais como: nervosismo, irritação, agressividade, a guarnição concluiu que se tratava de um caso de *paciente psiquiátrico*.

Nesse caso, há um procedimento pré-estabelecido que rege atuação dos agentes do CBMDF: o encaminhamento para o HSVP. Para cumprir esse procedimento, o chefe da guarnição e o socorrista auxiliar lançaram mão de técnicas pragmáticas (TURNER, 1974) que estavam baseadas na emissão de locuções perlocucionárias que tinham como objetivo convencer os pacientes a seguirem para o Hospital. Além disso, também foi necessário o uso de mensagens redundantes como forma de controlar as oscilações do nível de tensão, reconstruir as emoções dos pacientes em níveis mais tranquilos e responder à performance da Ana que tentava persuadir a guarnição de levá-los para o HSVP. A fase de reparação da crise foi finalizada com o encaminhamento e entrega dos pacientes no setor de emergência do HSVP.

Assim, a solução dada para a resolução do conflito foi a retirada dos pacientes do local, conforme desejado e agenciado pela coordenadora do Albergue. Entretanto, é preciso considerar que essa separação, bem como a solução, eram temporárias, já que o internamento no Hospital, normalmente, não excede 72 horas. Isto é, a reposta de todas as instituições envolvidas, seja do Albergue, do CBMDF ou do HSVP foi restrita no que diz respeito à demanda do Albergue, mas principalmente no que diz respeito à (re) inclusão social desses pacientes. Dessa forma, findo esse prazo, provavelmente, Ana e Antonio estariam de volta ao Albergue o que poderia gerar o surgimento de novos conflitos.

### **Recapitulando – Forma processual do ritual**

Em relação à presença de classificações diferentes, no âmbito do atendimento, o que se percebe, nesse caso, é que as formas classificatórias leiga, paramédica e médica não estão em competição como se uma fosse certa e a

outra errada (LEWIS, 1981). Isso ocorre porque a forma processual do ritual, tal como conduzido pelo médico não permitiu o contato e a co-presença de outras formas classificatórias, além daquela manejada pela biomedicina e, mais especificamente, pela psiquiatria.

A primeira fase compreendeu os preparativos para o ritual que, nesse caso, foi marcada por duas atividades: o uso da linguagem ritual específica e a preparação da guarnição para o contato com os pacientes, através do uso de um instrumento de proteção. A segunda fase consistiu na identificação do paciente e em sua classificação como um caso psiquiátrico, com base na percepção de elementos que indicam uma *alteração do estado normal da pessoa* (DUARTE, 1986). Nessa fase, assim como no caso anterior, havia uma dúvida classificatória, que não estava propriamente relacionada à presença ou não da loucura e as *perturbações físico-morais* a ela associadas (DUARTE, 1986), mas quanto à identificação do possível portador.

No curso do processo de classificação foi possível entrever mais algumas idéias e denominações que podem ser incluídas ao leque das *perturbações físico-morais* manejadas tanto pelos agentes do CBMDF como por solicitantes e pacientes. Ao afirmar: “ela é mais psiquiátrica que ele!”, o socorrista referia-se ao fato de que, para ele, a senhora apresentava-se mais alterada que o filho em relação ao que ele considera como o estado normal de uma pessoa. Dessa forma, ao estado apresentado pela mãe, o socorrista associou determinados *índices* (PEIRCE, 2000) tais como: o nervosismo, irritação, agressividade; em relação ao filho, associou a desorientação no tempo e as internações em hospital psiquiátrico, o que o fez classificá-los como *pacientes psiquiátricos*.

Em relação à paciente, ela utilizou a categoria *doida* para denominar-se ou para caracterizar seu ímpeto agressivo, isto é, um estado que ela considerou alterado, o qual foi desencadeado pelas atitudes e falas da coordenadora do Albergue. Nesse sentido, a paciente operou um código de apreensão do comportamento que estava baseado na articulação entre loucura/periculosidade, isto é, em que um comportamento agressivo e imprevisível é imediatamente associado à periculosidade e à presença de uma *alteração do estado normal da pessoa*. Dito de outro modo, a noção de loucura manejada pela paciente não enfatiza a perspectiva da doença, do orgânico, mas a perspectiva do perigo,

entretanto não propriamente do crime, já que essa idéia remeteria a uma atuação policial, e não a uma atuação na fronteira entre saúde/segurança, tal como é propiciada pelos agentes do CBMDF. Essa associação empreendida pela paciente indica que a imbricação entre periculosidade, crime e loucura construída no final do século XIX e início do século XX e que deu origem à categoria louco criminoso/perigoso (CARRARA, 1998), a qual ainda está presente na percepção das pessoas em relação à loucura e às perturbações de uma forma geral, conquanto a associação esteja mais voltada para a perspectiva da periculosidade do que do crime, já que o processo de medicalização da loucura fez que cada vez mais ela fosse vista pelo âmbito patológico, e não criminológico.

Outra associação importante é a da presença de um comportamento agressivo como indicativo da existência de uma *alteração do estado normal da pessoa*. No caso anterior, ele também esteve presente e, ainda que associado ao alcoolismo, e não à doença mental propriamente dita, foi visto pela família como uma *alteração do estado normal da pessoa* (DUARTE, 1986), isto é, como uma perturbação. Em ambos os casos, a informação da existência de um comportamento agressivo foi repassada pelo solicitante ao atendente da Ciad – Central 193 – tornou-se um importante indicativo de que esses eventos necessitavam de uma atuação dos bombeiros.

A fase três foi marcada pelo subsequente encaminhamento para o hospital especializado. Nessa fase, destaco que as performances da funcionária do albergue, dos socorristas e da paciente estiveram baseadas na produção de locuções performativas perlocucionárias em que cada um tentava persuadir o outro daquilo que considerava ser a melhor solução para a situação que se apresentava. Essa fase encerrou-se com a confirmação da eficácia do ritual, por parte dos socorristas, através do preenchimento da Guia de Atendimento de Emergência (GAE), indicando que a instituição respondeu à demanda feita pelos funcionários do Albergue de retirada dos sujeitos perturbados (e perturbadores) daquele espaço.

A quarta fase ocorreu no âmbito do Hospital, sendo que o médico controlou toda a consulta e sua performance foi dominante em relação às dos pacientes. O encerramento ocorreu com a aplicação de uma terapêutica, pelo curador, que se

fundamentou em uma intervenção física e química, através da internação do paciente e aplicação de medicamentos.

### **3.3 Evento Comunicativo 3 – “Ele está com a pupila dilatada, também usou droga”.**

#### **Primeira Fase – Preparativos: anotação do endereço e o deslocamento**

Enquanto aguardava o encaminhamento de um paciente, ouvi pelo rádio da viatura a solicitação de atendimento para um *paciente psiquiátrico* que estava muito agressivo. A guarnição da UTE (Unidade Tática de Emergência) estava realizando o encaminhamento de um paciente diabético para o hospital, por isso, a Ursa (Unidade de Resgate e Salvamento Avançados) foi deslocada para realizá-lo.

Após 20 minutos, a UTE recebeu um chamado informando o endereço desse atendimento e o estado do paciente. O operador de rádio relatou que o paciente estava muito agressivo e não poderia ser transportado pela Ursa, onde iria sentado, por isso, a necessidade da presença da UTE, onde o ele iria imobilizado na maca. A emissão dessa mensagem, conforme já disse, possui uma força ilocucionária que gera o deslocamento da viatura e da guarnição para a realização do atendimento.

O endereço foi anotado e o chefe da guarnição informou o deslocamento. Em termos da forma processual do ritual, a anotação do endereço e a comunicação do deslocamento têm um significado importante: não existe um espaço ritual fixo, como ocorre em outros tipos de rituais, tais como aqueles realizados em templos religiosos ou em determinadas cerimônias oficiais – por exemplo, a posse do presidente da república, no Brasil, no início de seu mandato. A presença ou não de um espaço ritual pré-estabelecido também nos informa sobre outro aspecto do processo ritual: o deslocamento da assistência e dos oficiantes. Nos rituais em templos religiosos, por exemplo, é a assistência que se desloca até o local de realização ritual onde os oficiantes aguardam a sua chegada; em muitos rituais Ndembu (TURNER, 1969), por exemplo, tanto o oficiante quanto a assistência deslocam-se para um local que foi escolhido na

etapa de preparação do ritual. Já no caso dos rituais aqui estudados, é o oficiante que se encaminha até à assistência e ao local onde se realizará o ritual. O endereço é informado em linguagem ritual específica, de forma que somente alguém que domina essa linguagem consegue chegar ao local, o que re-afirma e legitima os oficiantes do ritual.

Com o endereço anotado, a guarnição se encaminha para o local indicado, sem pressa e sem exceder a velocidade máxima permitida na via. Já próximo ao local, o chefe da guarnição colocou as luvas de látex.

### **Segunda Fase – Classificação: o exame das pupilas**

Quando a UTE estacionou quase em frente à residência, atrás da Ursa, a presença de uma viatura do bombeiro já tinha chamado a atenção da vizinhança e havia muitas pessoas em volta das viaturas e em frente à residência. Apesar de que houvesse tanta gente cercando o atendimento, a identificação do paciente, seja para mim, como para o chefe da guarnição e o socorrista auxiliar foi imediata. Ele já havia sido imobilizado e estava sentado, amarrado com uma corda utilizada pelos bombeiros, chamada de cabo da vida. O rapaz gritava, pedindo a mãe que não deixasse os bombeiros levá-lo. Diante de tantos signos indíceis, a identificação do paciente foi uma etapa facilmente superada.

Em volta do rapaz, estavam alguns bombeiros da guarnição da Ursa e seu irmão, também bombeiro, o qual estava de plantão no 2º. Batalhão de Incêndio, onde eu também estava realizando a pesquisa. Assim que a guarnição da UTE desceu, e eu também, o chefe da guarnição da Ursa – que também era o oficial de dia – veio ao meu encontro. Antes que eu chegasse perto do paciente, ele me chamou e disse que o rapaz era ex-usuário de drogas, estava alcoolizado e bastante agressivo. Essa fala em primeira instância parece ser classificatória, entretanto, é preciso tratar da sua intencionalidade. O oficial de dia tentava justificar o motivo pelo qual o rapaz se encontrava amarrado. Já que ele era o responsável por todas as atividades ocorridas no plantão durante aquele dia e estava preocupado com as impressões ou julgamentos que eu pudesse ter daquele evento. Dessa forma, o oficial de dia realizou um *ato perlocucionário*, isto

é, através de dizer essa locução, tentava convencer-me da necessidade da contenção física do rapaz.

Enquanto o oficial de dia conversava comigo, o chefe da guarnição da UTE foi até o rapaz, o examinou e verificou que além de ter consumido álcool, ele também tinha usado algum tipo de droga, pois as pupilas dos olhos estavam dilatadas. Assim, por meio de um procedimento indéxico – as pupilas dilatadas indicaram/denunciaram o uso substâncias entorpecentes – o chefe da guarnição produziu uma classificação mais precisa do paciente, bem como das substâncias que foram consumidas. Assim, ele não era ex-usuário de drogas, conforme informou o oficial de dia, mas um usuário que estava sob o efeito não só do consumo do álcool, mas também de drogas.

### **Terceira Fase – Encaminhamentos: o encaminhamento para o HRT**

Encaminhava-me para falar com a mãe do rapaz, quando os bombeiros da guarnição da Ursa passaram por mim carregando-o para colocar na maca da UTE de uma forma inusitada. Ele estava com os pés e mãos amarrados por uma única corda, na qual foram dados vários nós. Assim, um bombeiro o carregava-o segurando pela corda atada às pelas mãos e outro, pela corda atada aos pés.

Apresentei-me à mãe do rapaz, tentando fazer um contato para que pudesse entrevistá-la posteriormente. Ela estava muito nervosa, mas foi receptiva ao meu contato disse que poderia falar comigo, mas em uma outra hora, claro. Entretanto, seguiu falando sobre o ocorrido. Segundo ela, não agüentava mais a situação e que tudo estava ocorrendo por causa de um lugar que deveria ser explodido, para onde ia e retornava agressivo, querendo quebrar toda a casa e matar todo mundo, inclusive havia agredido a esposa do seu irmão. Por isso, ela havia colocado a casa à venda. Ela chamou-me para entrar na casa e ver os estragos que o rapaz havia provocado. De acordo com a mãe, ela já não tinha mais nada porque ele havia quebrado tudo. Após passar pela sala e chegar até a cozinha, consegui entender a fala tão enfática da mãe quanto à destruição da casa. No meio da cozinha, havia uma placa de concreto (parecia ter sido uma bancada) quebrada no chão, como se tivesse sido atirada, cuja espessura era de uns sete centímetros, aproximadamente. Segundo a mãe, ele havia jogado a placa

no chão. Isso, de fato, impressionou-me porque ele era um rapaz de, aproximadamente, 1.70 metros, porém magro, na verdade, o melhor adjetivo seria franzino, entretanto, teve força o suficiente para mover a placa e lançá-la ao chão com intensidade para quebrá-la. Nesse momento a mãe disse: “Olha, minha filha, eu não tô agüentando mais! Agora tá aí, amarrado igual um bicho, mas não tem outro jeito, eu não vou dar conta”. Novamente perguntei-lhe se poderíamos conversar posteriormente. Ela disse que sim e passou-me seu telefone de contato, informando, na seqüência, seu nome, Carmelita, e o do filho, Gustavo.

Carmelita, por meio da demonstração das ações violentas realizadas por Gustavo dentro de casa e contra membros da família, buscou ao mesmo tempo justificar a sua posição em deixar que o filho fosse levado para o hospital amarrado, dizendo que não conseguia mais administrar a situação. Isto é, através da demonstração de um signo indéxico (PEIRCE, 2000) – bancada quebrada – e da emissão de determinadas locuções, Carmelita buscou justificar sua decisão e convencer-me de que ela não possuía outra alternativa, realizando um *ato perlocucionário* e, ao mesmo tempo, construindo seu *self characterization* como uma mãe sem outras opções para o cuidado de seu filho.

Quando eu retornei e entrei na UTE, Gustavo já tinha sido colocado na maca e amarrado a ela com diversas ataduras. Assim que entrei, o chefe da guarnição também veio falar comigo para, igualmente, justificar o fato de que o rapaz estivesse amarrado à maca. Segundo ele, esse não era o procedimento normal, eles somente amarram e imobilizam quando o paciente está muito agressivo. Concluindo, pode ser que esse não seja o procedimento normal, entretanto é um procedimento que existe no âmbito da prática dos bombeiros em relação aos indivíduos classificados como *pacientes psiquiátricos* e do qual eles lançam mão, quando se considera necessário.

A viatura seguiu para o Hospital Regional de Taguatinga (HRT), já que o Hospital São Vicente de Paulo (HSVP) possui algumas normatizações relacionadas ao recebimento de *pacientes psiquiátricos* que estejam sob efeitos do uso de álcool ou drogas: é preciso que eles sejam levados primeiro a um hospital geral para a desintoxicação e, posteriormente, encaminhados para lá (CARVALHO, 2002). No trajeto até o HRT, somente foi possível ver que Gustavo continuava bastante agitado e escutar alguns gritos de pedido de socorro ou de

ajuda. O chefe da guarnição da UTE disse que, em função da agitação do paciente, das tentativas de desamarrar-se e de sua agressividade, era mais seguro que eu fosse na frente ao lado do motorista. Assim, somente foi possível ver que os socorristas da UTE e mais um bombeiro da guarnição da Ursa buscavam conter Gustavo reforçando as amarras das ataduras ou segurando-o com suas próprias mãos.

Ao chegar no HRT, todos descemos, Gustavo continuava muito agitado de forma que, os socorristas e os bombeiros da guarnição da Ursa, que também haviam se encaminhado ao Hospital para apoiar a UTE no trajeto e na entrega do paciente no setor de emergência, juntaram-se em torno dele para tentar contê-lo. Somente nesse momento é que consegui entender o que Gustavo dizia ao gritar, dirigia-se a Pedro, seu irmão:

Gustavo: Cê tá me traindo. Eu vi o cara saindo fora, por isso eu alopei. Eu vi o cara lá, veio. Pedro, eu vi o cara lá. Me tira daqui, por favor, me tira daqui, por favor. Eu quero meu neném. Oh, Pedro, eu não fiz nada de mal, não. Por favor, Pedro, me tira daqui. (Gustavo se agita tentando se soltar das amarras).

Pedro: Por favor, caralho, você fez por onde.

Gustavo: Seus filhos da puta.

Nesse momento já estávamos no corredor do setor de emergência do HRT, por isso, um socorrista colocou uma de atadura na boca de Gustavo, amordançando-o para que ele parasse de gritar e xingar. Todos continuavam segurando-o, porque ele agitava-se muito tentando soltar-se. Os gritos de Gustavo e a presença daquela quantidade de bombeiros em volta de uma maca chamaram a atenção dos demais pacientes que, curiosos, tentavam saber o que estava acontecendo. Mesmo com a mordança, Gustavo tentava gritar e de tanto tentar, o canto esquerdo de sua boca acabou sendo ferido pela atadura. Ainda assim, Gustavo continuava gritando: “Advogado! Advogado!” O chefe da guarnição da UTE disse: “Nós somos amigos do seu irmão. Olha o que você está fazendo! Olha a vergonha que você está fazendo seu irmão passar!” Mas isso não o faz parar e ele continua a gritar: “Ajuda! Ajuda! Maus tratos! Maus tratos!” E ensaiava rezar um *Pai nosso* que não

chegava a concluir. O irmão tinha ido ao guichê e retornou com a ficha de atendimento já pronta. Gustavo voltou a gritar e agitar-se para tentar soltar-se das amarras que o atavam à maca. E dizia: “Não me dá injeção, não. Eu tenho traumatismo, eu não agüento injeção, desde neném eu não agüento”.

Por meio do uso de palavras, Gustavo faz sua defesa tentando eximir-se de toda e qualquer culpa que pudesse ser atribuída a ele, dizendo que não fez nada de mal. Ele também disse, conforme veremos a seguir, não queria consumir nada, mas foi instigado a fazê-lo. A realização da defesa e o clamor pela presença de um advogado são expressões que, em conjunto, estão metonimicamente associadas à idéia de um julgamento judicial. De forma que, ao expressá-las, Gustavo nos indica a forma através da qual ele percebia e experimentava aquele evento: como um castigo, uma punição que lhe estava sendo imputada, sem que ele nem mesmo tivesse sido julgado, daí o fato de fazer sua defesa e pedir ajuda de um advogado. Portanto, os signos presentes nessas expressões, analisados em contexto, tomam a forma de índices e nos informam a forma como esse evento foi experimentado por Gustavo (PEIRCE, 2000). O que indica uma discussão importante em termos das práticas de administração dos casos relacionados à loucura, a saber: o agente da administração percebe sua ação pela perspectiva terapêutica, entretanto, aquele que é alvo dessa ação a percebe como um castigo, como uma punição.

Nessa etapa do atendimento, o procedimento básico e dominante na cena foi a contenção física de Gustavo. Com isso, pude presenciar a performance<sup>90</sup> dos bombeiros voltada para o controle social e a manutenção da ordem, isto é, como agentes do Estado integrados a uma instituição estatal que possui monopólio legítimo uso da violência (ELIAS, 1995). Nesse caso, o uso da força física e a contenção são instrumentos utilizados como forma de controlar a situação e de lidar com as vítimas. De modo que, a contenção é, em muitos casos, a primeira forma de tratamento de um paciente em situação de emergência psiquiátrica. Segundo o comandante da Companhia Independente de Emergência Médica, o uso da força e da contenção física deve restringir-se ao necessário, como nos casos em que há ameaça à integridade da guarnição, do material da viatura, do

---

<sup>90</sup> Segundo Turner(1985), a performance pode estar relacionada a apresentação do eu através da realização/representação de papéis ou através da quebra desses papéis.

acompanhante e/ou do próprio paciente. O comandante fundamentou e justificou a ação, exatamente, lembrando que eles são os agentes do Estado que, possuindo o uso legítimo da força, às vezes, usam-na não só para controlar, mas também para se defender (CARVALHO, 2002). Apesar de o comandante afirmar que a contenção física restringe-se ao estritamente necessário, posteriormente, disse que a orientação dada aos agentes é a de que o indivíduo seja transportado contido. Se o *paciente psiquiátrico* não for imobilizado, e isso acarretar comprometimento à integridade do material da viatura e das pessoas transportadas, o chefe da guarnição será responsabilizado, cujas implicações punitivas podem recair tanto sobre ele como sobre o restante da guarnição, conforme explicita o comandante:

“Quando o socorrista não confia no paciente psiquiátrico é bem melhor ele imobilizar. Se o bombeiro não imobilizar e, dentro da viatura, ele vier a quebrar um vidro, vier a machucar a guarnição, vier a causar um acidente com a própria viatura, quem responde é o chefe da guarnição, porque a orientação é que ele vá contido. E, às vezes, é complicado imobilizar porque, aí sim, ele se torna um paciente agressivo” (dados de entrevista).

Conforme Martins (2003), a existência dos bombeiros está diretamente relacionada a idéia de que a sociedade precisa de proteção contra ameaças externas ou internas a ela, de forma que eles agem também como mantenedores da ordem pública, “seja salvando a vida de uma criança que caiu numa cisterna, imobilizando um *paciente psiquiátrico* que ameaça a vida de seus familiares ou tirando das ruas os bêbados” (2003, p. 40). Em relação aos *pacientes psiquiátricos* cujos casos estejam relacionados a transtornos secundários ao consumo de álcool e/ou drogas e crises suicidas há um entendimento de que esses pacientes representam uma ameaça, em função da potencial agressividade e imprevisibilidade. Dessa forma, a maior parte dos procedimentos dos bombeiros relacionados a esses pacientes está baseada no controle físico, capaz de prevenir a ação agressiva potencial. De acordo com Martins (2003), a identidade bombeira está baseada no desempenho de funções que situam os bombeiros no âmbito do auxílio à sociedade civil, propiciando a criação de um imaginário que os eleva a posição mítica de heróis. Entretanto, segundo ele, esses elementos identitários entram em franco atrito com as funções de controle social que esses agentes

desempenham enquanto uma instituição que detém o monopólio legítimo do uso da força e o dever de manter a ordem.

#### **Quarta Fase - Encerramento: respondendo ao sintoma**

Ainda estávamos no corredor, quando a médica veio atendê-lo. O socorrista auxiliar entregou-lhe a ficha do atendimento. Gustavo continuava gritando e chamando a atenção de todos na emergência, por isso o irmão que estava segurando a atadura que amordaçava sua boca a aperta ainda mais, tentando fazer que ele ficasse calado. Mas ele não se calava, tentando justificar-se: “Eu fui lá no Setor O e eles me instigaram, eu não queria, eles me instigaram, eu fumei, cheirei e bebi”.

A médica chegou perto da maca, olhou o Gustavo, mediu sua pressão e receitou uma injeção composta por: antialérgico, Diazepan e soro com glicose, que deveriam ser aplicados por via intravenosa. A médica não pronunciou nenhuma palavra, entregou a receita para uma auxiliar de enfermagem para que a medicação fosse feita, sumindo Hospital adentro nos instantes seguintes.

A performance da médica no setor de emergência do HRT, assim como a performance do médico no setor de emergência do HSVP, não enfatizou o uso da palavra, isto é, a linguagem não é usada como uma força produtora de atos (AUSTIN, 1962). A consulta baseou-se em uma ação não verbal, em que explicações e informações não foram solicitadas e nem prestadas. Assim, a ação da médica foi caracterizada pela falta de interação seja com paciente, com seu parente ou com os bombeiros. A adesão do paciente ao tratamento/procedimento proposto – medicação injetável e internação de curta duração (menos de 12 horas) – é compulsória, ainda que o paciente tenha dito que não conseguia suportar a aplicação de injeções. Dessa forma, assim como no caso anterior, a terapêutica proposta pela médica está baseada em uma intervenção química e física (KLEINMAN, 1988), típicas da biomedicina, em que o foco principal é a extinção dos sintomas provocados pelo uso de drogas e/ou álcool.

Tanto nesse atendimento como no anterior é preciso destacar que a eficácia da ação médica não está depositada no uso da linguagem e de sua capacidade de produzir atos eficazes, gerando mudança e a alteração de

determinados estados. A performance dos médicos é dominante nas situações de consulta e os procedimentos por eles indicados são os que têm validade para os fins intervencionistas. Assim, a eficácia de suas ações está depositada nos efeitos de determinadas substâncias (medicamentos), que têm como função provocar a alteração do estado do paciente, retornando-o àquilo que se considera como um estado normal ou o que esteja o mais próximo disso.

Pedro, irmão de Gustavo, o segurava e pedia-lhe que permanecesse quieto, se não iria machucar-se. Pedro não conseguia falar nada, além de umas pequenas frases para tentar acalmar o irmão. Era possível ver a sua expressão de vergonha diante dos seus colegas bombeiros. Ainda assim, Pedro conseguiu relatar que o irmão é usuário de drogas há sete anos. Entretanto, era a segunda vez que tinha uma crise como essa em que ficava agressivo e violento. O irmão acrescentou que Gustavo tinha um filho de um mês e depois disse: “misturar cocaína, maconha e álcool dá nisso”.

Ainda esperamos por um tempo no corredor do Hospital até que entramos em um ambulatório para que o remédio fosse aplicado. Gustavo ainda se encontrava na maca da UTE. Quatro bombeiros tiveram que segurá-lo e contê-lo para que a auxiliar de enfermagem pudesse encontrar a veia para aplicar o remédio e colocar o soro com a glicose. Gustavo ameaçava a todos que estavam na sala dizendo que ia *pegar* todo mundo depois. Os bombeiros permaneceram acompanhando Gustavo e tentando contê-lo fisicamente com as amarras e com suas próprias mãos. A auxiliar de enfermagem demorou, pelo menos, uns cinco minutos para encontrar a veia. Assim que o remédio começou a ser aplicado, Gustavo adormeceu. Depois disso, os bombeiros e socorristas começaram a desatar as ataduras e o transferiram para uma maca do HRT. Após a transferência, eles ainda voltaram a amarrar seus braços e pés à maca. Pedro não pode voltar para seu plantão no quartel, permaneceu no Hospital acompanhando Gustavo até que ele acordasse.

Nesse atendimento, por uma excepcionalidade, isto é, tratava-se do parente de um colega de corporação, a atuação dos bombeiros se estendeu para além da consulta médica dentro do setor de emergência do hospital e eles acabaram assumindo funções que seriam realizadas pelo pessoal paramédico do Hospital. Durante todo o atendimento, a performance dos bombeiros foi marcada pelo

controle físico do paciente de forma a prevenir um potencial ação agressiva. O que demonstrou também as nuances da performance dos bombeiros, na administração desse tipo de emergência a qual estava informada por uma percepção específica em relação a um determinado tipo de *paciente psiquiátrico*<sup>91</sup>.

### **Análise do *drama social***

Segundo Carmelita e Pedro, mãe e irmão de Gustavo, há mais de sete anos ele usa drogas, entretanto, era apenas a segunda vez que ele se apresentava nervoso, agressivo e violento. Dessa forma, a *quebra* (TURNER, 1957) ocorreu pelo excesso de agressividade, principalmente física, de Gustavo empreendida contra os membros da família e a destruição da mobília da casa.

A *crise* (TURNER, 1957) sobreveio porque, naquele momento, somente estavam presentes na casa a esposa de Gustavo, o filho deles, recém-nascido, e a esposa de Pedro, a quem Gustavo agrediu quando ela pediu-lhe para não quebrar a mobília. Como ele não escutava os pedidos para se acalmar, ao contrário, agrediu a cunhada, ela resolveu ligar para Pedro solicitando que viesse para casa o mais rápido que pudesse, pois Gustavo estava quebrando os móveis e agredindo as pessoas. Pedro, além de se encaminhar para casa, também fez uma solicitação de auxílio junto ao 193, por isso, a Central deslocou a Ursa para o atendimento e posteriormente a UTE.

A ação reparadora realizada pela guarnição da UTE foi um pouco diferente daquela empreendida nos outros casos: no local já estava presente uma guarnição dos bombeiros, que já havia tomado alguns procedimentos, quando a UTE chegou. Ainda assim, o chefe da guarnição buscou examinar o paciente e, através de alguns signos indíceis, construiu uma classificação que apoiou a ação das guarnições no caso. O procedimento básico foi limitar a extensão da crise, prevenindo a ação agressiva de Gustavo, através de sua contenção física que se estendeu por todo o atendimento, inclusive no âmbito hospitalar, quando, mesmo após ter recebido medicação, ele continuou contido fisicamente. A fase de

---

<sup>91</sup> Esta temática será analisada nas considerações finais do capítulo.

reparação da crise foi finalizada, neste caso, dentro do setor de emergência do HRT com a contenção química.

Nesse caso, a solução dada para a resolução do conflito também foi a retirada do paciente com o uso concomitante de contenção física e a subsequente aplicação da contenção química que, além de ter feito que o paciente adormecesse, também tinha a função de eliminar os efeitos tóxicos provocados pelos consumo das drogas e do álcool. Entretanto, essa separação foi temporária pois, segundo Carmelita, Gustavo recebeu alta médica por volta das quatro horas da manhã, quando acordou, e antes do amanhecer ele já estava de volta à casa. Entretanto, isso não representou uma reintegração do grupo familiar, conforme se percebe no relato de Carmelita:

“é um sofrimento da família, desestruturou todo mundo, acabou. Ficou uma situação crítica, que os irmãos não confia nele, a mulher não confia, se ele vai lá em cima e demora 5 minutos, já acha que ele tá lá”. (dados de entrevista)

Além disso, poucos dias depois, conforme Carmelita, Pedro e sua mulher se mudaram da casa. Dessa forma, ao se retirar da casa e para viver em outro local, parte desse núcleo familiar reconheceu a quebra irreparável das relações entre as partes. Para aqueles que permaneceram, a interação sofreu modificações, passando a estar marcada pela desconfiança de que, a qualquer momento, um novo conflito pode irromper. Dessa forma, os mecanismos reparadores institucionais utilizados na fase reparadora não conseguiram gerar uma reintegração completa do núcleo familiar ou a restauração do equilíbrio, mesmo considerando a hipótese de que o equilíbrio ao qual consegue-se chegar após um conflito raramente é uma réplica do antigo (TURNER, 1957).

### **Recapitulando – Forma processual do ritual**

O uso da contenção física durante o atendimento mobilizou em todos, bombeiros e familiares do paciente, a realização de uma performance (TURNER, 1985) que se fundamentava em justificar a utilização desse procedimento como

uma excepcionalidade. Contudo, apesar de ser incomum ele está previsto na apostila intitulada “Distúrbio Psíquico”<sup>92</sup> como um recurso a ser utilizado:

Se houver dificuldade de conduzir o paciente à viatura, levar a maca ao local onde se encontra o paciente para a imobilização (CARVALHO, 2002, p.47);

Para a contenção na maca, usar os tirantes da maca e ataduras largas ou lençóis (evitar o uso do cabo da vida ou outros tipos de corda) (CARVALHO, 2002, p. 47);

Entretanto, a contenção somente está indicada se todas as outras orientações, baseadas no uso do diálogo e da persuasão falham e o paciente continua resistindo à ação dos bombeiros: “não obtendo êxito na persuasão ou em situações de risco para a guarnição ou comunidade, realizar a contenção física” (CARVALHO, 2002, p.47). Isto é, quando a emissão de locuções perlocucionárias não consegue gerar o efeito esperado, seja porque o procedimento não foi aceito, seja porque há erro ou falha no que diz respeito às circunstâncias de invocação ou das pessoas invocadas ou há erro no uso da fórmula (AUSTIN, 1962), torna-se necessário que eles usem uma forma mais explícita de controle: a contenção física.

Na primeira fase, o início do ritual é marcado pelo uso da linguagem ritual específica, em que a emissão da mensagem possui que gera o deslocamento da viatura e da guarnição. Nessa mensagem, a comunicação do endereço pelo operador de rádio e a subsequente anotação pelo chefe da guarnição têm um significado importante, pois indicam que não existe um espaço ritual fixo. Nesse caso, é o oficiante que se encaminha até à assistência e ao local onde se realizará o ritual.

A segunda fase teve sua etapa inicial facilitada pela presença anterior de uma guarnição do CBMDF, que já havia realizado não só o trabalho de identificação do paciente, como também de contenção. Entretanto, a classificação do paciente, de forma mais precisa, somente foi produzida com a chegada da guarnição da UTE, em que o chefe da guarnição, por meio de um procedimento

---

<sup>92</sup> Essa apostila é elaborada pela Seção de Ensino e Instrução da 1ª e 2ª Companhia Independente de Emergência Médica e ministrada no curso de formação de socorristas, chamado Estágio de Socorros de Urgências Pré-hospitalares.

indéxico, detectou que Gustavo, naquele momento, estava sob o efeito não só do consumo do álcool, mas também de drogas. A presença de um quadro agressivo gerado pelo consumo de droga e/ou álcool configurou-se como mais um tipo de *perturbação físico-moral* associada ao louco ou, no caso do CBMDF, ao *paciente psiquiátrico*.

Sobre a agressividade e a violência apresentadas, pelo filho, no evento, Carmelita comentou que ele é usuário de drogas há mais de sete anos, mas

“[antes] a agressividade dele era se eu fosse falar com ele porque ele tava usando droga, aí ele me respondia, senão ele entrava e ficava quieto. Mas não fazia nada fisicamente”. (...) “[A gente] sempre se tentou resolver e nunca chamou os bombeiros. Mas ficar agressivo igual ele estava e quebrar as coisas todas, aquela situação foi o que eu achei assim o fim” (dados de entrevista).

Dessa forma, através da fala de Carmelita nota-se que a percepção em relação a uma *alteração do estado normal da pessoa*, que exige da família a solicitação de um auxílio de emergência, não está relacionada diretamente ao consumo de drogas e/ou álcool, mas ao comportamento agressivo e violento que esse consumo pode provocar, operando, como no caso anterior, um código de apreensão do comportamento que está baseado na imbricação entre loucura/crime/ periculosidade (CARRARA, 1998).

É de acordo com a classificação realizada na segunda fase que os socorrista atuaram na terceira fase. Foi o fato de que o paciente era um usuário que estava sob o efeito do consumo de drogas/álcool que indicou para os socorrista o procedimento que seria tomado. Assim, com base na classificação, o paciente foi encaminhado ao hospital geral, fisicamente contido, para desintoxicação. A terceira fase encerrou-se com a chegada ao setor de emergência do HRT e a espera pela consulta médica.

A quarta fase ocorreu no âmbito do setor de emergência do Hospital, em que a médica controlou a cena do ritual, enquanto esteve presente, e sua performance foi dominante em relação à dos demais participantes. Após sua retirada, os bombeiros ainda continuaram atuando na contenção física do paciente, até o momento em que ele foi contido quimicamente, através da

aplicação de um coquetel de medicamentos por via intravenosa, encerrando, assim, a quarta e última fase do ritual.

### **3.4 Considerações finais**

#### **Forma processual do ritual**

Conforme Peirano (2001), há alguns traços fundamentais na definição de ritual de Tambiah. O primeiro deles está relacionado ao fato de que ele é percebido como distinto dos acontecimentos que ocorrem no cotidiano, isto é, o evento é percebido como especial e extraordinário pelo grupo. Nesse sentido, considerando como grupo nativo aquele onde o evento surgiu, isto é, nos casos acima analisados seriam os grupos familiares e o núcleo comunitário formado em torno do Albergue, percebemos que a solicitação do *serviço* dos bombeiros foi feita pela existência de uma situação em que o comportamento de um de seus membros foi considerado de tal forma agressivo, que não pode ser manejado e controlado com os recursos disponíveis nos próprios grupos. No caso dos bombeiros, é importante ressaltar que o *serviço*, prestado por eles, de uma forma geral, é identificado como um feito extraordinário, na medida que está relacionado a uma capacidade de salvar vidas, o que em nível simbólico, faz do bombeiro um ser supra humano (MARTINS, 2003). Dessa forma, lidar com eventos especiais e extraordinários é a base por meio da qual os bombeiros percebem seu trabalho e é o principal elemento ressaltado no seu processo de construção identitária (MARTINS, 2003).

Outro traço fundamental para a definição de um ritual é que eles possuem uma ordenação que os estrutura. Segundo Tambiah(1985), palavras como *cerimônia, serviço, convenção, encontro, partida* marcam eventos de um tipo particular que parecem compartilhar uma ordem ou procedimentos que os estruturam e um sentido de ordenamento coletivo que é proposto para a aquisição de um objetivo, de um fim. Conforme vimos na análise dos casos acima, o atendimento prestado pelos bombeiros aos *pacientes psiquiátricos* é um *serviço* em que há uma ordenação e a execução de determinados procedimentos para o cumprimento de um objetivo. O próprio formato da análise dá conta dessa ordenação presente nos atendimentos, o que se configura como um importante

achado, pois notamos que os eventos não estão totalmente lançados ao mar da discricionariedade, isto é, há determinados procedimentos que estão previstos, talvez a forma de executá-los é que seja diferente dado que as circunstâncias e os contextos variam conforme cada situação.

Dessa forma, o ritual de atendimento aos *pacientes psiquiátricos* possui uma ordenação que o divide em 4 fases nas quais são realizados determinados procedimentos. A ênfase dada a uma determinada fase e/ou a um determinado procedimento é função das diferenças contextuais de cada caso.

A primeira fase, que denominei de *preparativos*, é composta por todos os procedimentos que antecedem a chegada da guarnição ao local do atendimento, incluindo a indicação do local da solicitação. A análise dos três casos nos possibilitou construir uma seqüência geral dos procedimentos ocorridos nessa fase.

#### A) Primeira Fase – Preparativos

A1. A guarnição recebe, em linguagem ritual específica, a informação sobre o tipo de emergência que irá atender e o endereço do local.

A2. Na viatura, o chefe da guarnição anota o endereço e comunica o deslocamento para o lugar indicado.

A3. Colocação de determinados instrumentos de proteção que os membros da guarnição considerarem necessários, normalmente o uso de luvas.

A segunda fase chamada de *(Re) Classificação* foi assim denominada para se fazer uma alusão ao principal procedimento empreendido nessa etapa, a qual fundamentará os procedimentos tomados nas fases seguintes.

#### B) Segunda Fase – (Re) Classificação.

B1. Chegada ao local indicado em A1.

B2. Identificação do paciente.

B3. Análise do caso para confirmação ou rejeição da classificação informada em A1.

B4. Caso haja rejeição da classificação informada em A1, uma nova classificação deve ser proposta.

Na terceira fase, com base na classificação fornecida na fase anterior, são dados três tipos de encaminhamentos aos casos, os quais são viabilizados pela realização de determinados procedimentos.

### *C) Terceira Fase – Encaminhamentos*

C1. Conforme a classificação feita em B3 ou B4, são tomados alguns encaminhamentos: a) encaminhamento para setor de emergência de um hospital geral, b) encaminhamento para o setor de emergência de um hospital psiquiátrico e c) não encaminhamento para hospital.

C2. Procedimentos de persuasão e/ou contenção que possibilitem o encaminhamento do paciente para os setores de emergência dos hospitais, ou procedimentos que esclareçam porque o paciente não deve ser encaminhado.

C3. Nos casos indicados em C1a e C1b, deslocamento até o hospital.

A quarta fase é caracterizada pelos procedimentos realizados dentro das instituições da saúde que visam suprimir os sintomas causados por doenças ou pelo consumo de álcool e/ou drogas ou pelos procedimentos que visam orientar os encaminhamentos que devem ser tomados para solucionar o problema em longo prazo.

### *D) Quarta Fase – Encerramento.*

D1. Chegada ao setor de emergência. Caso seja desnecessário o encaminhamento do paciente para o hospital, a quarta fase constitui as orientações sobre os encaminhamentos que devem ser tomados, posteriormente, para solucionar o problema que aflige o grupo.

D2. Preenchimento da ficha de para atendimento.

D3. Consulta médica

D4. Realização dos procedimentos de intervenção, dentro do hospital, indicados em D3.

D5. Retirada dos bombeiros. (O momento da retirada pode ocorrer tanto ao final de D3 quanto no final de D4, isso dependerá de cada caso).

D6. Em linguagem ritual específica, o chefe da guarnição comunica para a Central de rádio o horário do término do atendimento e o encaminhamento.

## **A eficácia da ação ritual e a resposta institucional**

A eficácia da ação ritual deve ser analisada tanto do ponto de vista institucional como da demanda familiar. Dessa forma, no primeiro caso, do ponto de vista da demanda familiar a ação dos bombeiros não foi eficaz, porque não

resultou em uma ação intervencionista de retirada e controle daquele membro que a família considerou portador(a) de uma perturbação que causava desordem no núcleo familiar. Isso porque os agentes do CBMDF não reconheceram, na performance da suposta paciente, algum tipo de perturbação que, tendo referência no leque das *perturbações físico-morais* manejadas por eles em relação à categoria paciente psiquiátrico, justificasse ou apoiasse a retirada da paciente e o subsequente encaminhamento para uma unidade de saúde. Do ponto de vista institucional, a ação não só foi considerada eficaz, na medida em que não encaminhou a suposta paciente para um internamento, conforme desejado pela família, como justa no que diz respeito à preservação dos direitos dela. Isso demonstra que há um desencontro entre as expectativas dos familiares e as repostas dadas pela instituição, tornando a emergência psiquiátrica um tempo/espço marcado por conflitos, conforme também constatou MACHADO (2003), analisando o setor de emergência de um hospital público do Distrito Federal. Entretanto, em termos simbólicos, a ação tem um certo nível de eficácia, já que consegue atuar no sentido de reduzir a tensão instalada no âmbito das relações familiares.

No segundo caso, do ponto de vista da demanda imediata do Albergue, a qual consistia na retirada dos albergados alegando que ambos apresentavam uma *alteração do estado normal da pessoa* (DUARTE, 1986), a ação emergencial dos bombeiros foi eficaz. Isto é, os socorristas do CBMDF reconheceram na performance desses indivíduos um tipo de perturbação que, estando presente no leque das *perturbações físico-morais* relacionadas à categoria *paciente psiquiátrico*, justificava sua ação imediata no evento, buscando solucioná-lo através da retirada dos pacientes e o subsequente encaminhamento para o hospital psiquiátrico. Entretanto, a coordenadora do Albergue também demandava um internamento compulsório e definitivo no hospital psiquiátrico, como forma de lidar com a situação. Tal demanda não poderia ser cumprida, já que este tipo de internamento foi proibido com a edição da Lei Federal nº 10.216.

No terceiro caso, do mesmo modo que nos outros dois casos, a demanda da família é pela contenção da agressividade e a violência de um de seus membros, bem como sua retirada daquele espaço. Nesse caso, a demanda é plena e imediatamente atendida pelos agentes do CBMDF. Isso significa que a

performance apresentada por esse paciente tinha um alto grau de referência em termos daquilo que é percebido, pelos bombeiros, como uma perturbação físico-moral associada à categoria *paciente psiquiátrico*, já que nesse caso não houve qualquer dúvida ou ambigüidade quanto à inserção do rapaz na categoria. Dessa maneira, a ação ritual dos bombeiros foi eficaz tanto do ponto de vista familiar quanto institucional. A ação diminuiu a tensão estabelecida no âmbito familiar, ainda que esse alívio tenha sido temporário, do ponto de vista institucional, a ação foi considerada eficaz porque conseguiu atuar de forma a conter e controlar o comportamento agressivo e violento.

No período da realização do trabalho de campo, a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal e o Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal tinham um convênio firmado, o qual estabelecia que os bombeiros deveriam realizar os serviços de atendimento pré-hospitalar no Distrito Federal, isto é, eles deveriam realizar também o atendimento às emergência clínicas, e não somente aquelas decorrentes de acidentes de automóveis, incêndios, enfim, os chamados *sinistros*. Segundo Martins (2003), os bombeiros justificam a existência do serviço de atendimento pré-hospitalar como uma resposta institucional às demandas da sociedade, principalmente da população mais carente que vive no entorno do DF. Idealmente, eles aceitam essa responsabilidade e mostram-se dispostos a cumpri-la. Entretanto, diz o autor, estes atendimentos não são aceitos de bom grado pelos agentes do CBMDF, já que para eles somente lhes caberia atender às emergências relacionadas a sinistros.

Com relação às emergências psiquiátricas, não é diferente: os agentes do CBMDF não gostam de atender esse tipo de chamada, o que é evidenciado não somente através de suas falas, mas também em sua prática. Por exemplo, diversas vezes pude observar que quando se tratavam de chamadas que envolviam casos relacionados a sinistros, como acidentes de trânsito e explosões, por exemplo, o motorista da viatura empregava alta velocidade, passava em sinais vermelhos, entrava na contra-mão, tudo com a finalidade de chegar ao local do atendimento no menor tempo possível. Já nos atendimentos as emergências psiquiátricas, todas as leis de trânsito eram respeitadas inclusive o limite de velocidade das vias. Certa vez, a guarnição encaminhava-se a baixa velocidade, cerca de 50km/h, para fazer o abastecimento da viatura, quando o Ciad

comunicou o atendimento a uma emergência psiquiátrica. Então, o chefe da guarnição perguntou ao motorista o que se iria fazer primeiro: o abastecimento ou atendimento? Deliberaram pelo abastecimento. A prioridade concedida ao abastecimento é, em alguma medida, legítima, poder ser que, de fato, a viatura estivesse com pouco combustível. Entretanto, o motorista continuou o trajeto com a mesma velocidade de antes, não apresentando nenhuma intenção em abastecer a viatura no menor tempo possível para que pudesse se encaminhar o mais rápido até o local da ocorrência. O resultado é que a guarnição somente chegou à residência, onde havia sido solicitado o atendimento para *paciente psiquiátrico*, quase 50 minutos depois de ter sido comunicada pelo Ciad.

Isso significa que há uma hierarquia de prioridade em relação às atenções às emergências no CBMDF, isto é, em primeiro lugar estão as emergências relacionadas aos sinistros, seguidas pelas emergências clínicas e, em último lugar, estão as emergências psiquiátricas. Tal hierarquização pode ser explicada com base em duas questões: a identidade bombeira e o fisicalismo biomédico. Segundo Martins (2003), as narrativas dos bombeiros sobre suas ações colocam ênfase na dimensão da heroicidade, do indivíduo que doa a sua vida para salvar outra vida, em detrimento do fato que também são agentes do aparato de segurança do Estado e que lhes cabe atividades de controle e repressão. Dessa forma, a prioridade dada às emergências relacionadas aos sinistros ocorre pelo fato de que estas são as situações que, por excelência, proporcionam aos bombeiros a possibilidade do exercício e exaltação da dimensão heróica de sua identidade. Por outro lado, o destaque para o âmbito da saúde também se dá, na medida em que se enfatiza a visão organicista intrínseca à constituição da biomedicina, em que as todas ações estão voltadas para o reconhecimento e extinção de disfunções inerentes ao corpo (DUARTE, 2003). Assim, a visão organicista é o que informa as ações da maioria dos profissionais que atuam na área de saúde, sejam eles médicos ou paramédicos. De modo que, é essa perspectiva que informa a atuação dos bombeiros em relação às emergências, por isso, a prioridade dada às emergências relacionadas às disfunções e traumas relativos ao corpo físico em detrimento daquelas relacionadas ao mental, cuja fronteira entre o orgânico e o moral e/ou psicológico é, conforme vimos nos casos acima, menos evidente e seguramente mais ambígua (DUARTE, 2003).

A organização do trabalho em saúde mental, tradicionalmente, tem baseado sua atenção numa compreensão orgânica de saúde – doença que, na prática, se concretiza em ações assistenciais de intervenção focalizadas na diminuição e/ou a eliminação dos sintomas apresentados pelos usuários do serviço (CAMPOS; SOARES, 2003). De fato, conforme analisado nos casos acima, essa é a principal resposta dada, pelas unidades de saúde pública do Distrito Federal – especificamente, o Hospital Regional de Taguatinga e o Hospital São Vicente de Paulo – aos pacientes em situações de emergência psiquiátrica, encaminhados pelos agentes do CBMDF.

Através desses casos constatei que a resposta assistencial prestada por essas unidades de saúde está voltada para o indivíduo, centrada na internação psiquiátrica e na extinção dos sintomas (BREDA; AUGUSTO, 2001). Tal resposta é restrita à medida que desconsidera o fato de que o usuário da rede de assistência saúde a mental traz consigo não somente seu transtorno psíquico, para usar a classificação biomédica, mas também sua rede social (CAMPOS; SOARES, 2003), que sofre e, por isso, também necessita, igualmente, ser alvo dessa assistência. Além disso, detecta-se que há uma adesão à terapêutica utilizada pela clínica (FOUCAULT, 1978), isto é, internação como equivalente do isolamento e a administração de medicamentos com vistas à extinção dos sintomas. Nesses casos, o uso dessa terapêutica também é propiciado pela praticamente inexistente rede substitutiva de atenção a saúde mental no Distrito Federal, conforme exposto no capítulo anterior. Dessa forma, tais serviços ainda operam com conceitos organicista, em que se considera de forma predominante a dimensão biológica do processo saúde-doença mental, reduzindo as possibilidades de incorporação das dimensões sociais, culturais e psicológicas, de onde também advém os motivos para a qualificação de restrita no tocante à resposta propiciada por essas instituições.

É preciso considerar que a administração da emergência psiquiátrica em Brasília, baseada no controle, na reclusão ou exclusão e na extinção de sintomas está informada por uma forma de administração da loucura desenvolvida pela nascente psiquiatria no Brasil, na virada do séc. XIX para o XX (MACHADO et al, 1978). Nesse momento, a loucura passou a ser assunto médico, mas também um assunto do Estado, através do objetivo político da medicalização.

A saúde e o bem-estar, a partir do séc. XIX, através da constituição da medicina social, tornaram-se objeto da ação dos médicos e de outras categorias profissionais que foram surgindo, como os enfermeiros, por meio do que se chamou de medicalização. Tal processo consiste em discurso e prática de regulação da vida dos indivíduos e da sociedade, visando o bem-estar físico, social e moral (FOUCAULT, 1998). Bem-estar que é assegurado pelo estabelecimento de critérios de higiene, educação, saúde e normalidade. À medida que esses critérios foram estabelecidos, concomitantemente, criou-se um sistema de obrigações e interdições cujo cumprimento é garantido por técnicas de normalização, correção, vigilância, organização, controle e terapêutica. Dessa forma, o Estado em conjunto com a medicina social e, no caso específico da loucura, com a psiquiatria, passou a exercer, através do processo de medicalização, um controle sobre os indivíduos que operava sobre e através do corpo. Isto é, a nascente psiquiatria também servia aos objetivos e às necessidades de disciplinarização e controle social do Estado (MACHADO et al, 1978).

Foucault (1978) afirma que até meados do séc. XVII havia uma certa tolerância quanto ao louco e sua presença na sociedade, entretanto, a partir da segunda metade do referido século, com a fundação do *Hospital General de Paris*, há uma ruptura decisiva ao surgir uma série de modalidades de exclusão do louco, encerrando-o e subordinando-o sob a tutela de um grupo disciplinador no interior do manicômio. Assim, conforme Foucault, mais do que o domínio de uma ciência positiva, a loucura, já configurada como doença mental, estava no centro da formação de discursos e práticas que constituíam relações de saber e poder. Nessa mesma perspectiva, Castel (1978) sugeriu que o processo de medicalização da loucura se sistematizou mediante a confluência de um novo estatuto jurídico, social e civil do louco para culminar na criação do espaço asilar orientado para o controle e a custódia dos internos. Goffman (1961), através do conceito de instituições totais, fundou um modelo para a análise sociológica do que ocorria no interior de tais instituições, entre elas, os espaços asilares. Segundo Pulido-Esteva (2004), esta tríade de autores construiu a tese do controle social, em que o asilo e toda a tecnologia de administração do louco associada a ele constituíam um importante instrumento de controle que estava sob o domínio da psiquiatria e do Estado.

Entre os psiquiatras brasileiros do fim do século XIX e início do século XX havia alguns que afirmavam que a loucura deveria ser vista como "desequilíbrios da organização individual", outros conferiam ao meio social o elemento prioritário na etiologia das degenerescências. Porém, a percepção mais comum priorizou os elementos hereditários e/ou os aspectos orgânicos, sem deixar de conferir certo relevo aos fatores sociais (ENGEL, 1998). Entretanto, independentemente das percepções, a terapêutica da psiquiatria desse período estava baseada nas ações de isolamento, controle e repressão do louco no âmbito específico do espaço asilar.

De acordo com Resende (1990), é importante ressaltar que esse modelo expandiu-se no Brasil, a partir dos anos 1970, quando ocorreu uma grande expansão da indústria farmacêutica e de equipamentos médico-hospitalares. O autor chama a atenção para o fato de que enquanto o mundo voltava-se para a desinstitucionalização, o Brasil, sob o cenário da Ditadura Militar, investia na extensão dos cuidados asilares através do aumento de leitos e da multiplicação da rede privada contratada.

Assim, a prática do Corpo de Bombeiros e das unidades de saúde em relação às emergências psiquiátricas reflete ou é o reflexo dessa forma de administração da loucura, de modo que a contenção, a vigilância, o controle e a reclusão se realizam nos atos de atendimento às emergências. Nesse contexto, o *paciente psiquiátrico* não é apenas um louco, perturbado, desviante, alcoólatra, drogado ou doente mental, mas um sujeito potencialmente perigoso para a ordem social, e sua medicalização compreende ações dirigidas a restaurar a ordem ou a prevenir a desordem. De maneira que, a tese do controle social ainda tem validade no que diz respeito à atuação dos bombeiros nesses atendimentos.

A eficácia da ação é igualmente bastante restrita no que diz respeito ao contexto geral em que estão inseridos tais casos. Isto é, ela é eficaz no sentido de extinguir sintomas e de diminuir a tensão no ambiente familiar e/ou comunitário com a internação do paciente. Entretanto, não é eficaz no sentido da re-inserção do paciente e seu núcleo comunitário e/ou familiar em uma atenção integral e continuada com o uso de instrumentos mais complexos – tais como aqueles propiciados pelas práticas de desinstitucionalização em que os serviços comunitários são a principal forma de obtenção de atenção – do que aqueles que

visam eminentemente a extinção dos sintomas e têm como centro da atenção o hospital psiquiátrico (BREDA; AUGUSTO, 2001). Isso se torna mais problemático porque além de não gerar uma re-inserção desses pacientes em seus ambientes comunitários e uma recuperação da sua situação psicossocial, ainda conduz a uma cronificação no que diz respeito aos retornos e internações ao ambiente manicomial e no que diz respeito à vivência do transtorno mental (MEDEIROS; GUIMARÃES, 2002).

Creio que é possível apontar, pelo menos, dois motivos que contribuem para o estabelecimento desse quadro e que impedem sua alteração: 1) ausência de sensibilidade e deliberação por parte dos gestores da área de saúde; 2) hierarquização inerente à sociedade brasileira que influencia na percepção do portador de sofrimento psíquico<sup>93</sup> pelos trabalhadores. Em relação à gestão, é preciso ressaltar que não é suficiente que a esfera federal adote o paradigma de desinstitucionalização no âmbito da saúde mental, como fez o Brasil, no momento em que editou a Lei Federal nº 10.216, em 06.04.2001, mas é preciso que todos os estados e municípios da Federação também adotem o mesmo paradigma. Isso não ocorreu, por exemplo, no caso do Distrito Federal que somente recentemente aprovou seu Projeto de Política Pública para a Saúde Mental o qual, baseado no paradigma da desinstitucionalização, está buscando reformar o modelo de assistência a saúde mental através da criação de uma rede de serviços substitutivos. Quando indico certa ausência de sensibilidade e deliberação dos gestores para com a saúde mental, chamo a atenção para decisões em dois âmbitos: primeiro, o que acabo de indicar, isto é, a construção de políticas públicas em saúde mental que busquem a reforma do modelo assistência. Segundo, que se possa disponibilizar recursos para a transformação dessa assistência, já que, de acordo com Bandeira (1993), o processo de desinstitucionalização falha quando não há apoio financeiro suficiente para criar os serviços substitutivos, para qualificar os profissionais, para a preparação e

---

<sup>93</sup> Em 2002, a Organização Mundial de Saúde (OMS) ao adotar o paradigma da desinstitucionalização o que implica em uma ruptura com o modelo psiquiátrico de intervenção sobre a doença mental, gerou também uma ruptura com o discurso que delimita e nomeia os estados mentais, de maneira que a doença passou a ser encarada como “sofrimento mental”, e não somente um campo exclusivo de alienação (REGO, 2002). Entretanto, nesse caso estamos exatamente tratando de fatores que impedem a adoção desse paradigma, por isso estarei utilizando a denominação *doente mental*.

engajamento da comunidade no acolhimento do portador de sofrimento psíquico e para o atendimento permanente. Dessa forma, é preciso reconhecer que a transformação da assistência à saúde mental passa, em primeira instância, pela vontade e deliberação política dos gestores.

O modelo asilar é muito mais que paredes muros e grades, de maneira que, desinstitucionalizar significa desmontar e desconstruir os saberes/concepções/práticas/discursos comprometidos com a objetificação da loucura e sua redução à doença, que tem nos manicômios seu espaço privilegiado de atuação e desenvolvimento. Nesse sentido, a desinstitucionalização não se restringe à desospitalização, isto é, a extinção dos hospitais psiquiátricos, mas significava também entender que essas instituições são (re)produtoras de práticas e saberes que determinam uma forma específica de se perceber, entender e relacionar com o sujeito que “enlouquece”. A sociedade brasileira é altamente hierarquizada, em que não há igualdade entre indivíduos, mas relações entre pessoas as quais são classificadas por meio de um sistema de gradações que se baseia na cor da pele, no grau de instrução, na ocupação, no parentesco e etc., isto é, há de fato uma hierarquização inerente à forma como percebemos as pessoas na cultura brasileira (DAMATTA, 1979). Assim, tanto o modelo manicomial como a hierarquização presente na cultura fazem que o doente mental não seja percebido, pelos trabalhadores da saúde mental, como um igual, entretanto, uma das premissas da desinstitucionalização é o reconhecimento do usuário da saúde mental como um cidadão, portanto igual e autônomo, o qual tem direito a receber assistência adequada e de participar da sociedade em seus diversos âmbitos (MEDEIROS; GUIMARÃES, 2002). Dessa forma, as dificuldades de implementação da reforma do modelo de assistência, não residem somente nas questões relativas aos recursos financeiros, mas também e principalmente na percepção cultural que temos do louco. De modo que, antes de reformar a rede de serviços, é preciso reformar as percepções e, conseqüentemente, as práticas em relação ao louco na sociedade brasileira. Trata-se, portanto, mais de uma reforma das mentalidades, do que uma reforma da estrutura física.

## Análise da crise familiar

Através do conceito de *drama social*, busquei analisar a forma processual da situação conflituosa surgida no núcleo familiar ou comunitário. Nos três casos, a ruptura das relações e o surgimento da crise ocorrem em função de que um dos membros do grupo apresenta um comportamento agressivo, isto é, trata-se do descontrole surgido na cotidianidade da vida doméstica e/ou comunitária, cujos recursos disponíveis nesses âmbitos não conseguem manejar e controlar. À medida que tais comportamentos agressivos não são associados diretamente à presença de conflitos e violência interpessoal, – situação que se configuraria como crime e receberia o tratamento e o atendimento prestados pela polícia – eles são lançados ao âmbito das *alterações do estado normal da pessoa*. Com isso, as famílias recorrem a uma instituição que possa prestar atenção relacionada à saúde mental<sup>94</sup>.

No primeiro caso, do ponto de vista do que era desejado pela família, há falha na ação reparadora, o que poderia gerar uma volta do grupo à fase da crise. A falha ocorre porque os agentes do CBMDF, ao analisarem o caso, não o classificaram como um caso que pudesse ser alvo da sua ação. Nos outros dois casos, em que os indivíduos foram classificados como *pacientes psiquiátricos* e entraram no raio de ação dos bombeiros, o procedimento para resolução do conflito foi a retirada temporária do indivíduo acusado de agir agressivamente e, com isso, causar crise na vida doméstica e comunitária.

A eficácia dos mecanismos de reparação em gerar uma reintegração do grupo é difícil de ser analisada no três casos, porque tanto a ação desenvolvida pelos agentes do CBMDF quanto pelos agentes das unidades de saúde é restrita, considerando o atual marco regulador da assistência à saúde mental no Brasil. Desse modo, a ação reparadora dos mecanismos institucionais, tanto médicos quanto paramédicos, nos conflitos e crises que envolvem os chamados *pacientes psiquiátricos* não consegue solucionar, de forma definitiva, os conflitos surgidos no âmbito familiar e comunitário, porque a ação é pontual, temporária e baseada na

---

<sup>94</sup> Segundo Turner (1974, 1985), quando os interesses e atitudes de grupos ou indivíduos estão em situação de oposição e permanecem nessa situação, abre-se o espaço para o surgimento de unidades processuais que têm como objetivo resolver o conflito. Tais unidades são produtos dos modelos existente nos grupos e introjetados nos indivíduos, isto é, são culturais.

supressão imediata dos sintomas, através da administração de medicamentos. As partes conflitantes não são preparadas, nos casos em que o paciente chegou a ser retirado, para o reingresso desse indivíduo que fez romper a crise, o que aumenta a possibilidade de retorno a essa fase – algo que, inclusive, observei em outros casos que acompanhei – aumentando igualmente a possibilidade de retorno ao ambiente hospitalar e à internação.

### ***As perturbações físico-morais associadas à categoria paciente psiquiátrico***

A classificação de um indivíduo como *paciente psiquiátrico* pelos agentes do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal faz alusão à uma alteração mental e comportamental, sendo que esta última ganha visibilidade através da presença de um comportamento agressivo. Entre os bombeiros e de forma extra-oficial, os indivíduos que estão alcoolizados e/ou drogados, mas apresentam um comportamento passivo e tranqüilo, necessitando apenas de atendimento médico para desintoxicação, são designados como *papa-índia*<sup>95</sup>. Entretanto, se essa a passividade do *papa-índia* transforma-se em atividade e, quando esta é interpretada como ameaça, perigo à vida de outrem, o *papa-índia* ganha o *status* de *paciente psiquiátrico* (CARVALHO, 2002).

Dessa maneira, com base nos casos analisados e em outros que foram observados, é possível inferir que a categoria *paciente psiquiátrico* refere-se ao estado de saúde mental da pessoa, mas está principalmente associada ao comportamento agressivo. Isto é, em primeira instância, todo indivíduo apresentando um comportamento agressivo – seja por quais motivos forem: alcoolismo, doença mental, crise emocional, uso de drogas – será considerado pelos bombeiros como *paciente psiquiátrico*. De acordo com o comandante da Companhia Independente de Emergência Médica (Ciem), quando uma guarnição é informada de que se trata de um atendimento a um *paciente psiquiátrico*, deseja-se com essa classificação alertar os agentes para o quadro de agressividade que

---

<sup>95</sup> Papa-índia é um cognome para pé-inchado na linguagem de rádio, sendo que as letras P e I, iniciais de pé-inchado, correspondem respectivamente a papa e a índia (Chaves, 2000).

provavelmente se encontrará no local e a necessidade de tomar os cuidados que o manejo de um comportamento agressivo requer.

Dentro do esquema classificatório dos bombeiros há uma categoria que tem a capacidade de abarcar todas as outras, trata-se da *vítima*. Embora ela não apareça de forma explícita nos casos analisados, está subjacente a cada um deles porque a prática dos bombeiros é uma atividade que se defronta constantemente com *vítimas*, isto é, todos, independentemente, do problema que apresentem são considerados *vítimas*. Na classificação dos bombeiros, *vítimas* são todos aqueles cujos organismos sofreram a ação de um agente externo ou interno (como uma doença, por exemplo) e que necessitam de atendimento emergencial (CARVALHO, 2002). O protótipo da *vítima* é a pessoa ferida ou morta em acidente automobilístico ou em incêndio (CARVALHO, 2002). Nesse sentido, para os bombeiros, os drogados e alcoolizados são, eles mesmos, os agentes externos que causam seu mal-estar e o comportamento agressivo, considerando-os culpados de sua própria vitimização. O resultado dessa operação é que alguns bombeiros têm dificuldade em tratar esses indivíduos como *vítimas*, conforme explicita este agente:

“Quando aquela agressividade toda é proveniente do álcool, a gente já fica pensando: poxa, o cara bebeu de propósito, sabia que ia fazer mal, bebeu de propósito. Então a gente fica com aquela sensação, atender a gente vai ter que atender, nós não podemos negar o socorro, mas a gente fica se perguntando: por que ele bebeu ou se drogou se ele sabia que fazia mal? É o tipo de sentimento que a gente não controla, mas o socorro vai ser prestado” (dados de entrevista).

Essas percepções também geram uma gradação dentro da categoria *paciente psiquiátrico*. Com base em conversas e entrevistas com os agentes do CBMDF, é possível perceber que eles procuram distinguir entre o indivíduo que é portador de doença mental e possui um distúrbio permanente e o usuário que abusou do álcool ou das drogas, cuja alteração mental e comportamental é temporária. Como o Corpo de Bombeiros não possui uma denominação específica para a designação do indivíduo portador de doença mental, eles improvisam denominações para designá-los e, assim, nascem as expressões adjetivadas da categoria *paciente psiquiátrico*, tais como: *paciente psiquiátrico em si*, *paciente psiquiátrico de verdade*, *paciente psiquiátrico mesmo*; e outras tais como: *doido*

*em si, louco, maluco*. Ao contrário das pessoas alcoolizadas ou drogadas, que são consideradas responsáveis pelo estado em que se encontram, ainda que o contexto no qual estão inseridas possa explicar por que recorrem ao álcool e às drogas, os *pacientes psiquiátricos de verdade* são considerados vítimas que não têm culpa de seu estado.

Nos casos analisados, a agressividade está na base da representação do *paciente psiquiátrico*. Entretanto, essa agressividade não está distribuída de forma igual para todas as gradações e divisões da categoria. Ainda preocupados em realizar a distinção entre o doente mental e os usuários de drogas e álcool, os bombeiros e socorristas afirmam que o doente mental, em geral, não é agressivo como o são os pacientes psiquiátricos cuja alteração é devida ao consumo de álcool e/ou drogas:

O doido em si respeita a gente. Quando a gente chega perto, ele se acalma. O dependente químico fica agressivo. Então a gente acaba vendo a diferença (dados de entrevista).

O paciente psiquiátrico em si, aquela pessoa que toma remédio controlado, no cotidiano, ele não é agressivo. Mas essa reação pode se modificar a partir do momento em que ele toma remédio controlado e faz uso de álcool ou droga. Aí, a partir desse momento, é que começam a surgir problemas. Porque a medicação começa a reagir com o álcool e com a droga, e aí ele passa a apresentar problemas (dados de entrevista).

A diferença que eu vejo é bem clara: quando ele é doente mental, ele não fica agressivo com a gente; ele fica retraído, fica com medo, mas não fica agressivo (dados de entrevista).

Ha também uma distinção entre perturbação psíquica e loucura que está associada às divisões e gradações internas da categoria *paciente psiquiátrico*:

Bombeiro: Por exemplo, a gente percebeu que aquele rapaz tem algum problema, mas jamais eu posso falar que ele é louco; ele é lúcido, ele passou as informações para a gente, na hora em que fomos conversar com ele. Ele é orientado no tempo e no espaço.

Pesquisadora: O que você chama de orientado no tempo e no espaço?

Bombeiro: Ele sabe onde está, o que está fazendo, sabe para onde está indo. Então, como é que eu posso dizer que uma pessoa dessa é louca? Posso dizer que ele tem um problema, uma perturbação, mas não posso dizer que ele é louco (dados de entrevista).

Com base neste diálogo, percebemos que o perturbado psíquico é descrito como um indivíduo que apresenta uma alteração leve e/ou temporária, provocada geralmente por fatores externos – como, por exemplo, os usuários de droga e/ou álcool, os nervosos, que não apresentam comportamento agressivo que coloque em perigo a sua vida e a de outros – enquanto o louco é o indivíduo que apresenta uma alteração profunda, sendo confuso e incapaz de localizar-se no tempo e no espaço.

Com base no nível de agressividade apresentado pelo *paciente psiquiátrico*, os bombeiros geram mais uma distinção interna à categoria, classificando-os como “grave”, no caso dos indivíduos que ameaçam a vida alheia, ou “menos grave”, quando o indivíduo perturba a ordem e o equilíbrio de um determinado ambiente sem, no entanto, ser uma ameaça à vida do outro (CARVALHO, 2002).

Acho que grave é quando a pessoa está muito agressiva, agressiva ao extremo, a tal ponto de três homens não conseguirem segurar e a situação está fugindo muito ao controle.(dados de entrevista)

Os graves e tensos a gente considera quando a pessoa está com arma, principalmente, arma de fogo e quando ela está muito agressiva. Ela tem o risco de agredir a família, pessoas próximas ao local e até a própria guarnição. Normalmente quando a gente pega o paciente com dois metros de altura, forte.(dados de entrevista)

Conforme analisado, o indivíduo considerado um *paciente psiquiátrico* apresenta um quadro de alteração mental ou comportamental, a qual pode ter sido provocada ou potencializada por algum elemento ou fator de origem orgânica, seja ele endógeno (doença mental) ou externo (drogas e álcool). Assim, seguindo a concepção dos bombeiros, se a origem é orgânica, esses indivíduos são passíveis de receber tratamento médico e curar-se. Entretanto, no caso dos *pacientes psiquiátricos* cuja alteração é fruto de uma doença mental não são passíveis de cura; ao passo que os indivíduos cuja alteração foi desencadeada por fatores externos – como o uso de álcool ou drogas – são passíveis de cura, após serem submetidos a tratamento de curta e/ou longa duração:

Eu trato o paciente psiquiátrico como uma pessoa doente, um doente que pode ser tratado e vir a ter um comportamento normal, após o tratamento, claro. Só que a gente sabe que existem esquizofrenias; tem caso que a gente sabe que não tem cura. Tem distúrbio que a pessoa tem desde criança. Por exemplo, esse rapaz que vem tendo esse distúrbio de um

ano para cá, ele não traz desde criança, não é uma coisa que é genética, ele começou a apresentar depois de alguma coisa que aconteceu. Isso para mim tem tratamento. Agora, a pessoa que já nasceu com o problema, tem uma doença mesmo, é doente mental mesmo, acho que é difícil ter cura. (dados de entrevista)

É possível afirmar que categoria *paciente psiquiátrico* refere-se ao estado de saúde mental dos indivíduos e que dimensão orgânica está considerada, mas, para os fins do atendimento pelo Corpo de Bombeiros, está principalmente associada à presença do comportamento agressivo. Isto é, a dimensão mais relevante é a moral, que afeta não só a vida do paciente, mas também de seu grupo, alterando suas vivências, padrões de interação e gerando constrangimento, angustia, medo, raiva, vergonha. Dessa forma, no relato dos bombeiros em relação à categoria *paciente psiquiátrico* há também uma percepção moral revelada pela imbricação entre loucura e perigo igualmente presente no relato de familiares e pacientes, que remete a uma construção social de loucura desenvolvida no Brasil. A associação entre loucura/crime/perigo ocorreu, no Brasil, por meio da construção da categoria do “louco-criminoso”, no final do século XIX e início do século XX (CARRARA, 1998). Nessa passagem de século, conforme o autor, o dédalo criminológico indicava duas entradas: uma, proveniente da reflexão médica e outra, da reflexão jurídica. A reflexão médica tinha como representantes a psiquiatria e a antropologia criminal. Como objeto da Psiquiatria, o crime e a periculosidade eram vistos como sintoma de doença mental. Enquanto objeto da Antropologia criminal, eram ambos pensados como uma espécie de atributo peculiar a certas naturezas humanas. Finalmente, o que se buscava, com isso, era distinguir o indivíduo ‘são’ do doente, o louco do criminoso, o responsável do irresponsável. O que se queria nesse momento era separar com clareza a população passível de punição daquela que não era.

Do imbricamento dessas categorias surgiu a figura do louco-criminoso/perigoso o qual deveria receber tratamento diferenciado em relação aos loucos tranquilos. O que os médicos repugnavam era exatamente a confusão entre crime e loucura que permeava os asilos, as penitenciárias, e por isso, procurava-se perceber a distinção entre o alienado comum e o alienado perigoso. O questionamento girava em torno do que se deveria considerar primeiro em relação ao louco criminoso: o louco ou o criminoso/perigoso. A construção da

categoria *louco criminoso* informa, por um lado, a patologização do crime e, por outro, a criminalização da loucura. Assim, a imbricação entre crime, periculosidade e loucura foi uma noção construída a partir do século XIX por reflexões advindas de tanto da psiquiatria quanto da criminologia. Entretanto, há que se destacar que a psiquiatria foi o discurso vencedor no que diz respeito ao saber e prática sobre a loucura, de modo que suas percepções se difundiram e puderam ter continuidade histórica. As percepções manejadas pelos agentes do CBMDF em relação à categoria *paciente psiquiátrico*, mas também aquelas manejadas por pacientes e familiares estão informadas por esta percepção específica em relação à loucura e ao louco construída pelo discurso psiquiátrico na passagem do séc. XIX para o XX.

A sensibilidade à loucura dos agentes do CBMDF está marcada pela ideia de periculosidade, de desordem social e de desorganização da família, também remete, em termos a construção social da loucura no mundo ocidental, às percepções da loucura surgidas e desenvolvidas na época clássica, conforme no relata Foucault (1978). O desatino, segundo o autor, é o grande guarda-chuva do séc. XVIII, sob o qual a loucura se inseriu como uma de suas formas. Entretanto, a loucura percorria todo o domínio do desatino, afirma Foucault (1978), reunindo suas margens opostas: a da escolha moral, relacionada às faltas e fraquezas; e a da raiva animal, visibilizada através do furor<sup>96</sup>. De modo que, segundo Foucault (1978), a psiquiatria positiva do século XIX, e também a nossa, herdou todas as relações que a cultura clássica, em seu conjunto, havia instaurado com o desatino. Ainda que tenham modificado essas relações e acreditassem falar da loucura apenas em sua objetividade patológica – e que esse tenha sido o saber amplamente difundido no âmbito da sociedade, inclusive, através do próprio processo de medicalização –, contra a vontade, estavam (ou estão) lidando com a

---

<sup>96</sup> Em termos comparativos, o que estou chamando aqui de agressividade, cuja presença faz que os agentes do CBMDF atuem na situação, através da contenção e do encaminhamento do indivíduo agressivo para a internação, na época clássica era descrito como furor. O furor, de acordo com Foucault (1978), é um termo técnico da jurisprudência e da medicina, que designava de modo preciso uma das formas da loucura, o qual aludia a todas as formas de violência que escapavam à definição rigorosa de crime e à sua apreensão jurídica, uma espécie de região indiferenciada da desordem, um domínio obscuro de uma raiva ameaçadora que surge aquém de uma possível condenação.

loucura ainda habitada pela moralidade do desatino e pelo acorrentamento do furor (FOUCAULT, 1978).

À maneira de Duarte (1986), sugiro que as *perturbações físico-morais* relacionadas à categoria *paciente psiquiátrico* manejada pelos agentes dos CBMDF revelam a seguinte seqüência: *perturbação psíquica/alcoolizado-drogado/doente mental*, que resume uma gradação de estados considerados *perturbados*. A primeira locução indica um estado de quase normalidade em que as alterações psíquicas ou comportamentais são esporádicas e se refere a um estado que surge no momento em que o indivíduo é exposto a situações de tensão e stress. Empiricamente as principais características sintomáticas desse estado é o nervosismo, a irritação, confusão, tristeza, introspecção. A segunda locução indica um estado intermediário entre normalidade e anormalidade em que as alterações psíquicas ou comportamentais são temporárias, cuja principal expressão é visualizada através do comportamento agressivo, que se configura como um elemento fundamental para a inserção do alcoolizado/drogado na categoria *paciente psiquiátrico*. A terceira locução indica uma anormalidade permanente, que gera incapacidade e disfuncionalidade no indivíduo que a porta, o qual apresentando uma alteração psíquica e comportamental que possa agravar esse quadro permanente é inserido na categoria *paciente psiquiátrico*, sendo alvo da atenção emergencial dos agentes do CBMDF. Em termos da nomenclatura, essa última locução recebe várias denominações pelos bombeiros tais como: paciente psiquiátrico em si, paciente psiquiátrico de verdade, paciente psiquiátrico mesmo, doido, louco, maluco. Classificar alguém como *paciente psiquiátrico* pode aplacar a ansiedade tanto do sujeito como de sua família porque pode gerar mais tranquilidade para o paciente frente às suas experiências e uma certeza para a família frente a um membro da parentela que se considera louco, desviante, disfuncional. Por exemplo, no caso de Luiza, a família desejava que ela fosse considerada como *paciente psiquiátrico*, pois, pelo menos, receberia o atendimento dos bombeiros e seria encaminhada para tratamento no hospital. De modo que a classificação tem o poder de encerrar em certos limites um estado ou comportamento que se considera alterado.

## **As perturbações físico-morais associadas à loucura e manejadas por familiares e pacientes**

O leque das *perturbações físico-morais* associadas à loucura e manejadas por familiares e pacientes, nos casos analisados, é composto basicamente por duas configurações: alcoolismo/farmacodependência e doença mental.

A primeira categoria é, por excelência, a imbricação da dimensão físico-moral. Os familiares reconhecem e percebem a dimensão orgânica dessa perturbação, no primeiro caso, por exemplo, a irmã da paciente afirma que ela tinha o organismo prejudicado em função do álcool; no segundo caso, a mãe disse, em uma entrevista posterior, que o filho já estava com algum problema no cérebro em função do consumo de droga. Entretanto, é em função da dimensão moral que os familiares reconhecem aquela situação como uma emergência, isto é, é a presença de um comportamento agressivo, violento que causa conflito e crise, alterando as interações e a vivência do grupo familiar, gerando constrangimento, raiva, vergonha, medo, preocupação.

Nesses casos, o reconhecimento, por parte dos familiares, de que alcoolismo e farmacodependência química causam determinadas debilidades e efeitos no organismo é extremamente importante no que diz respeito ao tipo de mecanismo reparador acionado pela família ao constatar que não há mais recursos, naquele âmbito, para manejar a situação. Isso porque essa informação é fundamental para que, ante uma ação agressiva do parente, a família (ou um membro que tome frente no processo de reparação da crise) delibere por acionar os bombeiros, profissionais cuja atenção mescla ações pertencentes tanto a área de segurança como de saúde, em vez de acionar a polícia, que somente poderia cuidar do que se refere à segurança e, provavelmente, classificaria o caso no âmbito da criminalidade. Assim, as famílias associam o alcoolismo, a farmacodependência e a doença mental ao âmbito da periculosidade, em função do comportamento agressivo, mas não ao âmbito da criminalidade, porque consideram a dimensão orgânica da perturbação.

Em termos imediatos, o que os familiares buscam é um controle ou reparação para a situação de crise vivida pelo núcleo familiar em função da dimensão moral da perturbação. Isso porque no primeiro e no terceiro caso, por

exemplo, o uso do álcool e das drogas por um dos familiares, já ocorria há muito tempo, entretanto, as famílias jamais reconheceram o consumo e o estado de intoxicação como uma alteração que devesse receber uma atenção emergencial no âmbito da saúde. De modo que, foi somente a presença da dimensão moral da perturbação, representada por meio de um comportamento agressivo que alterou a dinâmica das interações, os sentimentos e emoções do núcleo familiar que fez os familiares acionarem uma instância que pudesse administrar e controlar a situação. No segundo caso, é importante enfatizar que a paciente ao utilizar a denominação *doida*, imputando-a a si mesma, não estava ressaltando seu aspecto físico ou orgânico, mas sim a dimensão moral, à medida que o momento da autodenominação ocorreu quando a paciente sentiu-se insultada pela fala da coordenadora e teve um ímpeto de agressividade.

Dessa forma, as *perturbações físico-morais* utilizadas pelos familiares para definir as situações de emergência psiquiátrica, nos casos analisados, levam em consideração e reconhecem a dimensão física ou orgânica das categorias que compõem esse leque. Entretanto, para os fins do reconhecimento da existência de uma crise em que o núcleo familiar e/ou comunitário não dispõe de recursos para manejá-la e a necessidade de acionar instâncias que possam administrá-la e solucioná-la, é a dimensão moral da perturbação que se leva em consideração e é ela, portanto, que define, nesses casos, a situação de crise. É preciso destacar que essa consideração da dimensão moral da perturbação como definidora de uma situação de crise, principalmente quando relacionada a um comportamento agressivo, é contextual, ou seja, depende daquilo que cada núcleo familiar e/ou comunitário considere que está fora dos padrões de interação considerados normais.

## CAPÍTULO 4

### PERSEGUINDO O OBJETO: O CONTEXTO DA ATENÇÃO À EMERGÊNCIA PSQUIÁTRICA NA CIDADE DO MÉXICO

#### 4.1 O contexto da atenção à saúde mental na Cidade do México

A Organização Mundial de Saúde (OMS), através da Organización Panamericana de Salud (OPS) e a pedido do governo mexicano, realizou uma avaliação dos serviços de assistência à saúde mental disponíveis no México. Essa avaliação resultou em um documento intitulado *Evaluación de los servicios de salud mental en la República Mexicana*, publicado pela entidade, em 2004. A OMS também promoveu a realização de um estudo epidemiológico sobre a prevalência de transtornos mentais e o uso de serviços de saúde no México, o qual foi publicado em 2003, sob o título de *Prevalência de transtornos mentales y uso de servicios: resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica em México*. Estes dois documentos revelam o panorama da atenção à saúde mental no país e indicam, principalmente o primeiro documento, que praticamente não há diferenças entre os estados da Federação no que diz respeito à prestação dessa atenção.

Ambos os documentos confirmam um enorme hiato entre as necessidades de cuidados e atenção em saúde mental, demandados pela população no México,

e as possibilidades para satisfazê-las, com as capacidade disponíveis até o momento. De acordo com a *Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México*, somente um em cada dez indivíduos que sofrem de algum transtorno mental recebem atenção. Mora-Rios e Ito-Sugiyama (2005), realizando um estudo, na Cidade do México, com uma “comunidade urbana marginal”, assim denominada pelas autoras, afirmam que diversas razões explicam essa situação: escassez dos serviços de atenção à saúde mental e, quando eles existem, os possíveis usuários praticamente não recorrem a eles, seja por desconhecimento ou porque os profissionais de saúde não satisfazem as expectativas de atenção, o que, segundo as autoras, é o mais provável. Dessa maneira, elas também confirmam esse panorama da saúde mental, mais especificamente no DF relatando que os serviços de atenção são escassos e não atendem as expectativas/demandas dos usuários.

*A Evaluación de los servicios de salud mental en la República Mexicana* analisou tanto as experiências comunitárias, em que é dada especial atenção aos centros de saúde, como aquelas desenvolvidas em hospitais gerais e em hospitais psiquiátricos. Quanto aos centros de saúde, os quais operam nas comunidades, o estudo informa que são programas não muito caros e apreciados pelos usuários e suas famílias, entretanto, apresentam limitações ao não conseguirem atender as necessidades de pacientes diagnosticados com esquizofrenia ou com transtornos psicóticos e, às vezes, nem aqueles que têm dificuldades de aprendizagem (retardo mental). Além disso, a falta de leitos para pacientes psiquiátricos nos hospitais gerais, impossibilita o acompanhamento, em nível comunitário, dos pacientes durante as hospitalizações, pois estas, provavelmente, ocorrerão em hospitais psiquiátricos, os quais estão distantes das áreas de atuação dos centros. Outra importante debilidade apontada pelo estudo em relação aos centros é o insuficiente ou, em alguns casos, inexistente abastecimento de medicamentos para o tratamento ambulatorial, o que, inclusive, foi observado durante a realização do trabalho de campo.

De acordo com a avaliação, a hospitalização em hospital geral – como alternativa à hospitalização em instituição psiquiátrica – e a atenção às emergências psiquiátricas estão pouco desenvolvidas no país. A atenção

brindada pelo Instituto Nacional de Psiquiátrica Ramón da la Fuente (INPRF)<sup>97</sup>, localizado na Cidade do México, foi avaliada e qualificada como “parece de boa qualidade”, entretanto, também foi indicado há uma possível utilização excessiva de Terapia Eletro Convulcionante (TEC), além de insuficiências significativas pela falta de integração com uma rede de assistência comunitária (OPS, 2004).

Quanto aos hospitais psiquiátricos, o estudo informa que os pacientes estão mal atendidos pelo sistema existente, dominado pela deficiência de atenção e condições deploráveis, indicando algumas características gerais que são compartilhadas pelos hospitais de todo o país: a) a entrada principal é trancada, o que denota, segundo a avaliação, uma escassa abertura à comunidade; b) todas as unidades são fechadas com chave; c) a arquitetura leva em consideração mais a segurança do que as necessidades clínicas dos (as) pacientes, sendo que alguns apresentam uma arquitetura baseada no panóptico<sup>98</sup>, disposição que satisfaz a necessidade dos trabalhadores do hospital em vigiar os pacientes, mas nega a estes o direito à privacidade; d) não se dá atenção às necessidades pessoais dos pacientes e à sua privacidade; e) mescla de categorias diagnósticas sem que haja tratamento específico para cada uma delas e f) uso de Terapia Eletro Convulcionante (TEC) de forma indiscriminada em, aproximadamente, 20% dos pacientes internados (OPS, 2004).

A rede de apoio psicossocial complementar à sanitária é incompleta ou praticamente inexistente. Os programas de reabilitação e re-inserção social foram considerados inadequados, à medida que não estão orientados, de forma específica, para que os pacientes possam adquirir habilidades pessoais que lhes permitam uma melhor inserção na comunidade e os programas são desenvolvidos no hospital psiquiátrico, e não na comunidade. Além disso, as instituições não possuem quantidade suficiente de medicamentos que assegurem a continuidade do tratamento farmacológico e que previna recaídas após alta hospitalar (OPS, 2004).

---

<sup>97</sup> O INPRF também desenvolve atividade de docência e pesquisa, sendo um dos centros de referência na área de psiquiatria no país.

<sup>98</sup> O dispositivo panóptico constitui uma “máquina”, idealizada por Bentham no século XVIII, cuja arquitetura é formada por uma torre central e uma construção circular periférica. Nesta se encontram indivíduos a serem vigiados – prisioneiros, loucos, escolares, trabalhadores, enquanto naquela se encontram os vigias (FOUCAULT, 1977). A eficiência do dispositivo panóptico reside no fato de que se pode *ver sem ser visto*; à torre é possível ver tudo o que acontece no prédio externo, ao passo que este não tem condições de saber quando (e como) está sendo vigiado.

A única experiência no país em que há uma tentativa de transformação do modelo de atenção baseado no hospital psiquiátrico para um modelo desinstitucionalizado é desenvolvida através do chamado Modelo Hidalgo. O Modelo Hidalgo de Atención en Salud Mental começou a ser implementado a partir de 21/11/2000. Ele propõe a criação de novas estruturas de atenção, as quais devem respeitar os direitos dos usuários dando ênfase à prevenção, hospitalização e reintegração social (SECRETARIA DE SALUD, 2004). A deputada federal Julieta Pietro Fuhrken<sup>99</sup> afirma que, apesar dos grandes esforços até aqui realizados, o Modelo Hidalgo ainda não se aplica a nível nacional de maneira generalizada. No Distrito Federal, há uma estrutura incipiente associada à implementação do Modelo na área de reintegração social, representado através do funcionamento de uma *Casa de Medio Camiño*<sup>100</sup>, a qual atende doze usuários, e dez *Departamentos Independientes*<sup>101</sup>, que atendem vinte usuários, dois por apartamento. A Dirección General de Salud Mental da Secretaria de Salud (governo federal) ainda disponibiliza para o Distrito Federal três Centros Comunitários de Atención en Salud Mental, um Centro Integral de Salud Mental que, segundo os dados da Dirección, concedem cerca de 140 consultas externas diárias para crianças, adolescentes, adultos e idosos.

Entretanto, a hospitalização no Distrito Federal ainda é realizada através dos três hospitais psiquiátricos existentes – Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro, que é o único no país a atender crianças e adolescentes; Hosp. Fray Bernardino Álvares e Hosp. Psiquiátrico Dr. Samuel Ramirez Moreno – que fazem

---

<sup>99</sup> Em 5 de dezembro de 2002, a Deputada Julieta Pietro Fuhrken, do Partido Verde Ecologista do México (PVEM) apresentou à Câmara dos Deputados Mexicana um projeto que adiciona disposições à lei geral de saúde para estabelecer a gratuidade da atenção em saúde mental e a re-inserção social de quem sofre transtornos psiquiátricos (MÉXICO, 2002). No projeto, a Deputada relata que a saúde mental no México está rodeada por uma série de ineficiências, provocadas por um sistema hospitalar incapaz de proporcionar ao doente mental os requerimentos indispensáveis de atenção médica.

<sup>100</sup> A *Casa de Medio Camino* é uma das estruturas que compõe a parte de reintegração social do Modelo Hidalgo. Essas casas localizam-se dentro da comunidade, nas quais vivem os usuários que receberam alta de qualquer uma das estruturas de hospitalização. Nestas casas, somente podem viver usuários que solicitem voluntariamente e o tempo de permanência dos mesmos será de acordo com seu processo de evolução. Nestas estruturas, apóia-se o usuário em seu processo de reintegração social e o serviço é gratuito. As casas contam com acompanhamento terapêutico e com todos os serviços que requer uma casa comum.

<sup>101</sup> Os *Departamentos Independientes* também fazem parte da reintegração social do Modelo Hidalgo. Estes espaços estão dentro da comunidade e o único apoio financeiro que os usuários recebem é o pagamento do aluguel. Neste espaço, os usuários residem de maneira completamente independente.

parte da estrutura de assistência do governo federal. Por isso, não atende somente aos usuários do DF, que tem uma população de mais de 8 milhões habitantes, mas a pacientes de todo o país especialmente aqueles que fazem parte da região metropolitana da Cidade do México, que compreende o Distrito Federal e mais 27 municípios do Estado do México, uma população que excede 18 milhões de pessoas<sup>102</sup>. A rede de assistência à saúde no Distrito Federal é composta 27 Hospitais Generales e 211 Centros de Salud, entretanto, nem todas essas unidades contam com psiquiatras e psicólogos. Em relação os Hospitais Generales, por exemplo, apenas 4 deles prestaram consultas psiquiátricas em 2004. E de acordo com o Registro de Infraestructura para la Salud del Distrito Federal, relativa aos recursos humanos, de 2003, havia apenas três psiquiatras no quadro da Secretaria de Salud del Distrito Federal, sendo que cada um estava lotado em um *Hospital General*. A Secretaria não informou o número de psiquiatras e psicólogos lotados nos Centros de Salud.

O estudo da OPS, que realizou visita em uma unidade do Modelo Hidalgo, foi cauteloso quanto à indicação da sua implementação e aplicação em todo o país. Segundo o estudo, as condições de vida dos usuários residentes nessas unidades são muito melhores do que aquelas vividas nos hospitais psiquiátricos visitados. Entretanto, de acordo com eles, o fato de que a unidade visitada estivesse distante do núcleo urbano, não houvesse transporte público e nem possibilidades de trabalho remunerado para os usuários nesse núcleo urbano, fez que eles estivessem tão isolados de suas comunidades de origem como quando viviam no hospital psiquiátrico. Dessa forma, a avaliação da OPS indica que a mudança ocorreu apenas na forma de construção e organização do espaço, o qual está claramente mais humanizado, entretanto, o isolamento continua o mesmo. Por isso, o estudo alerta para cuidado em não se incorrer em uma transintitucionalização, isso significa que junto com a mudança da estrutura física devem ocorrer também as mudanças das práticas.

GORN et al. (2003) também indicam que a saúde mental no México é a área em que ocorre a maior disparidade em relação à disponibilidade e acesso aos serviços e é a área de maior atraso do sistema de saúde mexicano. Benassini

---

<sup>102</sup> Fonte: Instituto Nacional de Estadística Geografía y Informática (Inegi). Disponível em: <http://www.inegi.gob.mx/inegi/default.asp>.

(2001) informa que os programas de atenção psiquiátrica, no México, têm se baseado no déficit adaptativo dos pacientes e na incapacidade que lhes confere a doença mental, sem ocupar-se das necessidades produzidas por seu estado de saúde, tais como os tratamentos para a ansiedade e suas diversas formas ou a depressão. O eixo da atenção é o hospital psiquiátrico que continua a custodiar as pessoas com seqüelas e incapacidades e a receber uma boa parte dos recursos financeiros, em detrimento do desenvolvimento de outras formas de atendimento necessárias (BENASSINI, 2001). Essa é a mesma conclusão a que chegou o estudo da OPAS, isto é, o sistema de atenção à saúde mental no México não representa um enfoque comunitário:

O 'pilar' do sistema é o hospital psiquiátrico com as deficiências observadas e com um custo muito elevado. Quase toda a hospitalização e a maioria das atividades ambulatoriais se oferecem ainda no marco do hospital psiquiátrico, em lugar do hospital geral ou da comunidade (OPAS, 2004, p.37).

Garcia-Silberman (2002) e Benassini (2001) afirmam que essa situação deve ser reformada a fundo, mas as modificações têm sido lentas, ainda que haja um consenso em torno da direção a seguir. Benassini (2001) indica ainda que é preciso vincular o hospital psiquiátrico com a rede de serviços de atenção à saúde mental; diversificar os programas de atenção para além das enfermidades psicóticas e o retardo mental, as quais os hospitais têm se dedicado e, além disso, abandonar a custódia permanente das incapacidades como política de atenção que, segundo ele, corresponde mais ao campo da assistência social que aos programas de atenção à saúde mental. O autor aponta que a atenção psiquiátrica no México ainda não conseguiu operar programas e ações de alcance nacional. Essa também é a conclusão a que chegou a Comissão da Unidade de Salud Mental da OPS que realizou a avaliação dos serviços. Segundo a Comissão, o México possui experiências bem sucedidas, referindo-se ao Modelo Hidalgo, entretanto, no momento, não pode ser identificada como o modelo para aplicar em todo o país (SECRETARIA DE SALUD, 2003 e OPS, 2004)<sup>103</sup>.

---

<sup>103</sup> Neste documento, a OPS também sugere um plano operativo para o desenvolvimento de um sistema de serviços de atenção à saúde mental baseado na desinstitucionalização (OPS, 2004).

## **4.2 Procurando o objeto: os caminhos do trabalho de campo e a busca pelos espaços de atenção à emergência psiquiátrica.**

Garcia-Silberman (2002) afirma que, no México, a atenção aos transtornos mentais também tem se baseado na solicitação de pacientes que pedem socorro ou são levados para consulta, o que geralmente ocorre quando os problemas já têm uma longa história e se tornam críticos. O que significa que há de fato uma grande chance de que a primeira consulta de um usuário da saúde mental se dê em uma situação de crise e seu ingresso para um tratamento, através de uma consulta de emergência. Por isso, esperava-se que o sistema atenção às emergências psiquiátricas ou em saúde mental fosse amplo, possuindo diversas entradas, e contasse com um serviço de atenção pré-hospitalar. Diante desse pressuposto, não seria difícil encontrar espaços onde se pudesse observar o atendimento dos eventos que seriam reconhecidos como emergência psiquiátrica.

Entretanto, ante o panorama da atenção à saúde mental, acima exposto, não é difícil imaginar que essa hipótese não foi confirmada. Os mecanismos e instituições públicas aos quais, idealmente, dever-se-ia recorrer em situações de emergência não respondem às demandas da população ante uma situação de crise relacionada à saúde mental. Assim como não é fácil para as famílias encontrar um espaço institucional público e gratuito que possa receber seus parentes em crise, também não foi fácil para eu encontrar um espaço onde pudesse observar o objeto do projeto, as emergências psiquiátricas, ainda que tivesse buscado obter informações junto a órgãos de saúde, de segurança e institutos de pesquisa.

Dessa forma, o percurso e a dinâmica seguidos (ou perseguidos) por mim, de forma quase desesperada, no trabalho de campo, refletem a mesma dificuldade que as famílias têm em encontrar um espaço institucional que possa prestar atendimento ao seu parente. E, além disso, confirmam o quadro da atenção à saúde mental acima descrito, em que foi detectada uma discrepância entre a necessidade de atenção em saúde mental, demandados pela população, e as possibilidades para satisfazê-las, com os mecanismos e as respostas existentes até o momento nas instituições. Com isso, entre tantas temáticas, tão relevantes no contexto de um trabalho de campo, – as autorizações, a interação

com os sujeitos de pesquisa, a suspeição, o fato de ser um *de fora*, questões relacionadas a gênero, a inserção do (a) pesquisador (a) no grupo – o que concedeu singularidade a este foi o próprio trajeto percorrido em busca de observar/encontrar o objeto, o qual foi revelador do funcionamento, organização e classificação do sistema que estava buscando compreender. Assim, no texto que se segue, pretendo, através da descrição da passagem por essas instituições, apresentar uma face do funcionamento do sistema de atenção a saúde mental, especialmente no que diz respeito às emergências psiquiátricas, na Cidade do México.

### **A Central de Comunicações da Secretaria de Seguridad Pública del Distrito Federal – Central 060**

Após quase dois meses de minha chegada na Cidade do México, várias tentativas de contatos frustradas, embora com um pequeno acréscimo de informações sobre a atenção às emergências psiquiátricas, eu ainda não havia encontrado uma instituição, no Distrito Federal, que prestasse um atendimento semelhante àquele realizado pelos bombeiros em Brasília.

Resolvi seguir o que estava originalmente contemplado em meu projeto de pesquisa e entrar em contato com a Secretaria de Seguridad Pública del Distrito Federal (SSPDF), a quem está ligado o Escuadrón de Rescate y Urgencias Médicas (ERUM) que, como o próprio nome revela, é o serviço público destinado a atender as emergências médicas no Distrito Federal. Em uma reunião com o subdiretor da Subsecretaria de Seguridad Pública del DF informei sobre o que constituía minha pesquisa e sobre meu interesse em investigar os atendimentos às emergências psiquiátricas. Ele informou que Polícia Preventiva do DF não fazia esse tipo de atendimento. Eu argumentei que determinados casos, como aqueles que envolviam conflitos familiares, brigas, agressões, poderiam estar relacionados com a presença de perturbações e alterações mentais e comportamentais, típicas dos casos de emergência psiquiátrica, conforme eu havia observado em Brasília. O subdiretor aceitou meus argumentos e perguntou-me o que necessitava para a realização da pesquisa.

A primeira solicitação que fiz foi a autorização para observar o atendimento às chamadas de emergência na Central de atendimento da SSPDF. O objetivo era observar como eram recebidas e classificadas essas chamadas e se algumas delas poderiam estar relacionadas com a denúncia de um indivíduo apresentando alterações mentais e comportamentais. A presença de solicitações com essas características poderia ser um indicativo de que a polícia estaria realizando o atendimento a casos que poderiam estar relacionados com o que havia sido classificado como emergência psiquiátrica ou *paciente psiquiátrico*, em Brasília. Na mesma oportunidade também solicitei a autorização para observar os atendimentos realizados pelo Escuadrón de Rescate y Urgencias Médicas da SSPDF. Em pouco tempo, e com a ajuda e indicação do subdiretor, consegui a autorização para escutar as chamada recebida pela Central 060.

Na Cidade do México, o número discado para solicitação de auxílio em situações de emergência é o 060. A Central 060 congrega os serviços prestados pela Polícia Preventiva do Distrito Federal, pelos Bomberos e pelo Escuadrón de Rescate a Urgencias Médicas, isto é, reúne todos os serviços de atendimento público a emergências no DF. Ao entrar na sala de recebimento das chamadas chamou-me a atenção o fato de que em vez de policiais, havia civis trabalhando. O local parecia uma central de atendimento de telemarketing, isto é, cada operador trabalhando separadamente em uma baia, com seu computador e aparelho telefônico. Os (as) operadores (as) e supervisores da Central 060 são, em geral, jovens abaixo dos 30 anos. Cada turno de trabalho pode ser composto de 13 a 18 atendentes. Antes de serem contratados como operadores do 060, esses jovens passam por um treinamento cuja duração vai de três dias até uma semana. Nesse período, aprendem a manejar o sistema, a atender e classificar as chamadas.

Todos os (as) operadores (as) e supervisores da Central são contratados pela SSPDF, isto é, não são do quadro permanente da Secretaria, portanto, estão mais vulneráveis a serem dispensados por erros cometidos. Dessa forma, o processo de observação levado a cabo durante o trabalho de campo, poderia ser percebido como uma ameaça aos seus empregos já que poderia detectar erros ou falhas no atendimento das chamadas de emergência. Por isso, fui alvo tanto de rechaço quanto de suspeita.

Ao tomar contato com a classificação das chamadas de emergência da Central 060 constatei que não havia a categoria “emergência psiquiátrica” ou qualquer outra que estivesse diretamente relacionada a ela. Assim, busquei focar minha atenção em categorias que pudessem ter alguma relação com a presença de uma alteração de comportamento, crises emocionais, manifestação repentina que se considerou fora do estado normal da pessoa, agressiva ou não, enfim, uma série de situações em que o houvesse a “denúncia” de que tal comportamento estivesse gerando ruptura do equilíbrio e/ou desconforto social no grupo.

Dessa forma, selecionei, então, 10 categorias, das 44 que estavam listadas na classificação das chamadas ao 060, para observar a forma como eram classificadas, bem como seus processos de atendimento, através da escuta. As categorias foram as seguintes: *daños, drogados, agresión, sospechoso, lesionado, ébrios, escándalos, problemas familiares, riña y enfermos*. Quando iniciei o processo de escuta das chamadas não possuía uma descrição de cada uma das categorias. Dessa forma, através da escuta pude precisar melhor o conteúdo empírico de cada uma delas e verificar se tais conteúdos poderiam estar relacionados aos casos em que havia alguma denúncia relacionada à *alteração do estado normal da pessoa*<sup>104</sup>. Com isso, verifiquei que os eventos classificados nas categorias: *daños, sospechoso e escándalos*, em geral, não estavam relacionados à percepção de que o comportamento de um indivíduo estava alterado.

O processo de recepção e encaminhamento das chamadas de emergência passa pelo seguinte trâmite:

1. O operador recebe a chamada e pergunta, primeiramente, o endereço. Após isso, o registra no sistema. Na seqüência, classifica o evento e o descreve no protocolo, de acordo com a informação relatada pelo solicitante;
2. Na medida em que o operador registra o endereço no protocolo, a chamada aparece na tela do computador do operador de rádio da área correspondente ao endereço informado;

---

<sup>104</sup> Para uma definição de *alteração do estado normal da pessoa e perturbações físico-morais*, consulte: Capítulo 1, p. 24-25.

3. O operador de rádio identifica o setor ao qual pertence a chamada de emergência e, via rádio, se comunica com a frequência correspondente ao endereço;
4. Do setor correspondente, a patrulha responde ao chamado e se desloca para fazer o atendimento.
5. Ao chegar ao local, a patrulha informa, via rádio, a situação que encontrou. O operador de rádio lança essas informações no protocolo. Se a chamada de emergência gera informações posteriores, a patrulha se comunica por rádio ou telefone para atualizar os dados. As informações lançadas nos protocolos são armazenadas no sistema de informações da Central 060 e é a partir delas que são gerados os informes estatísticos.

Após um mês de trabalho de campo, entre novembro e dezembro de 2004, e a realização de treze visitas a Central, cujas sessões duravam, em média, seis horas, observei casos em que o pedido de auxílio ocorreu em função da presença de que um membro daquele grupo apresentava uma *alteração do estado normal da pessoa* causando uma ruptura do equilíbrio e/ou desconforto social no grupo. Na maioria das chamadas, o motivo da solicitação foi, em geral, a presença de comportamento agressivo de um dos membros da família, sendo que em alguns casos havia a informação de que o indivíduo estava alcoolizado ou drogado, o que gerava ambigüidade na classificação dos casos. Por exemplo, a descrição de um indivíduo embriagado agressivo foi classificada em três categorias diferentes: *agresión y amenazas, daños e ébrios*. Tentativas de suicídio também foram reportadas e, igualmente, sofreram a mesma ambigüidade classificatória tendo sido inseridas tanto na categoria *lesionado* como *enfermo*. Tal ocorrência deve-se, em grande medida, ao fato de os operadores não têm um amplo domínio sobre as definições relativas a essas categorias. De acordo com o quadro abaixo, fornecido pela Dirección General de Comunicaciones da SSPDF, um caso cuja descrição é “embriagado agressivo” deveria ser classificado como *agresión y amenazas*; uma tentativa de suicídio deveria ser classificada como *lesionado*.

DESCRIPCIÓN DE LOS ELEMENTOS QUE CARACTERIZAN LOS MOTIVOS	
MOTIVO	DESCRIPCIÓN

Daños	Consistente en causar agravio o deterioro en la propiedad ajena. Casa habitación, vía pública, vehículo, negocio, tala de Arbol, monumentos, edificios de gobierno, casetas telefónicas, parques y jardines...
Drogados	Personas bajo el influjo de alguna sustancia tóxica. Portación de droga, venta y distribución de droga e inhalación de solventes.
Agresión	Ataque violento que provoque un daño. Verbal o físico.
Sospechoso	Persona cuya conducta inspire desconfianza. Características físicas, vestimenta, vehículos involucrados.
Lesiones	Algún daño corporal causado por un golpe o herida. Por arma de fuego, arma blanca, choque, caída, violencia intrafamiliar.
Ebrios	Ingerir bebidas alcohólicas en vía pública o interior de vehículos estacionados en vía pública o circulando. Cantidad de personas, características de vehículos involucrados.
Escándalo	Alboroto, ruido, tumulto. Jugadores de Pelota, fiestas en vía pública, festividades religiosas, arrancones, desalojos.
Problemas Familiares	Discusiones entre familiares o vecinales
Riña	Agrupación de personas, discusión generada entre un grupo de personas, colectivas.
Enfermos	Problemas respiratorios, parturientos, desmayos, hemorragias, hipertensos, diabéticos, etc..

Fonte: Dirección General de Comunicaciones da Secretaria de Seguridad Pública del Distrito Federal

Essa ressalva não é feita por um purismo classificatório, senão porque a classificação traz uma importante consequência em termos do tratamento que

será dado ao evento. De acordo com a classificação da SSP/DF, suas 44 categorias estão divididas em três grandes grupos que são:

- A) Denúncia de atos ou possíveis atos delitivos: neste grupo estão inseridas as categorias cujos eventos podem gerar uma ação judicial e, subsequentemente, uma sanção penal.
- B) Denúncia de atos que constituem faltas administrativas: neste grupo estão inseridas as categorias cujos eventos afetam a convivência dos habitantes e, por isso, devem ser reportados ao Juzgado Cívico em que o Juez Cívico, baseando na “Ley de Cultura Cívica del DF”, pode aplicar multa ou detenção de até 36 horas.
- C) Reportes para canalizar a outras instâncias: neste grupo estão todas as categorias cuja solução dos eventos não implica, necessariamente, a ação da Polícia Preventiva do DF, já que a responsabilidade do atendimento corresponde a alguma outra corporação que compõe o quadro da segurança pública no DF.

Assim, as dez categorias selecionadas para a escuta estão divididas da seguinte maneira dentro três grupos acima descritos:

- A) Denúncia de atos ou possíveis atos delitivos: daños, drogado, agresión, sospechoso e lesionado;
- B) Denúncia de atos que constituem faltas administrativas: ébrios, escândalos, problemas familiares e riña.
- C) Reportes para canalizar a outras instâncias: enfermo e lesionado.

Dessa forma, no processo de classificação um evento pode passar de uma falta administrativa para um ato delitivo, que em termos jurídicos tem uma penalidade mais pesada e mais severa, ou o contrário.

Para os fins da pesquisa, também era importante saber quais eram as instâncias para onde tais casos eram encaminhados e verificar se alguns deles eram encaminhados para unidades de saúde, em função da presença de uma

perturbação físico-moral associada à loucura. Em casos de embriagues, se o indivíduo estiver ingerindo bebida alcoólica em via pública, por exemplo, não importa o seu estado ou nível de embriagues, os agentes da SSP/DF, com base na Ley de Cultura Cívica del DF (DISTRITO FEDERAL, 2004), devem encaminhá-lo para o Juzgado cívico para o pagamento de multa ou detenção. Entretanto, de acordo com as informações lançadas no protocolo de uma chamada, esse procedimento parece não ser seguido na prática:

“Se encontra no lugar a unidade policial que indica que o policial já retirou o sujeito, já que não querem proceder à agência do Juez Cívico, já que indica que é perda de tempo”(CARVALHO, 2005, p.32).

Em um outro, os policias retornaram o seguinte resultado para a central:

“O policial n<sup>o</sup>x<sup>105</sup> deteve um masculino que estava bêbado e agredindo aos transeuntes. Informa que se trata de um sujeito totalmente embriagado ao qual somente se retirou do local” (CARVALHO, 2005, p 23).

Dessa forma, existe um procedimento claramente estabelecido para lidar com tais casos, entretanto ele não é levado a cabo por policiais, já que, segundo eles, “é uma perda de tempo”. Em um outro caso, a família solicitou aos policiais que levassem seu parente embriagado para um *anexo* (espaços de internação coordenados pelos grupos de auto-ajuda, como os Alcoólicos Anônimos), entretanto, os policias indicaram que eles não podiam levá-lo e a família deveria proceder por seus próprios meios. Assim, o mais importante no que diz respeito a esses eventos, para os fins da realização do trabalho de campo e do objeto que se estava buscado observar, é que os casos de embriagues associados à agressividade, que, em Brasília, são considerados como emergências psiquiátricas e possivelmente seriam encaminhados a uma unidade de saúde para o tratamento de desintoxicação; na Cidade do México eles, idealmente, devem ser encaminhados para um órgão de regulação administrativa da conduta dos habitantes.

Em um caso de tentativa de suicídio a patrulha chegou até o local indicado, mas não interveio porque ninguém saiu à porta para atender e os agentes da

---

<sup>105</sup> O número de matrícula do policial foi omitido para evitar sua identificação.

Policia Preventiva não têm permissão para entrar nas residências, por isso não puderam atuar. Em um outro caso, quando a patrulha e a ambulância chegaram local, a família já tinha se encarregado do encaminhamento para hospital.

Assim, a observação dos atendimentos às chamadas de emergência na Central 060 foi importante para detectar que há demanda por atenção de emergência a casos que em Brasília foram denominados como emergência psiquiátrica. Além disso, há uma grande demanda por atenção relacionada a embriagues a qual, conforme vemos no quadro abaixo, ocupa o segundo lugar no quantitativo das categorias observados no período. A categoria *ébríos* perde somente para *agresión* a qual comporta não somente a presença de comportamento agressivo, mas também casos em que tal agressividade pode estar relacionada à embriagues, ao uso de drogas, à doença mental, enfim, uma série de situações em que se pode haver uma *alteración do estado normal da pessoa*.

**Secretaría de Seguridad Pública del Distrito Federal<sup>106</sup>**

México, D.F., a 30 de Marzo de 2005

**EMERGENCIAS GENERADAS POR EL SISTEMA 060 EN EL PERIODO COMPRENDIDO DEL  
22 DE NOVIEMBRE AL 22 DE DICIEMBRE DE 2004**

MOTIVO	AFIRMATIVAS	FALSAS	TOTAL
AGRESIÓN	2.260	3.676	5.936
DAÑOS	2.066	2.124	4.190
LESIONADO	1.982	915	2.897
DROGADOS	636	1.388	2.024
RIÑA	704	1.586	2.290
EBRIOS	2.144	3.355	5.499
SOSPECHOSO	1.021	2.548	3.569
ESCANDALO	1.232	1.648	2.880
ENFERMO	1.411	597	2.008
PROBLEMAS FAMILIARES	53	66	119
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>13.509</b>	<b>17.903</b>	<b>31.412</b>

Após essas constatações, era preciso saber qual era a resposta dada pelas instituições para onde alguns destes casos foram encaminhados. Naqueles em que a polícia e o ERUM indicaram que não poderiam agir, era necessário

<sup>106</sup> Esses dados foram fornecidos pela Dirección General de Comunicaciones de la Secretaría de Seguridad Pública del Distrito Federal.

investigar também quais seriam as outras instâncias onde essas pessoas poderiam recorrer para solicitar uma atenção de emergência.

### **Escuadrón de Rescate y Urgencias Médicas (ERUM)**

Após o término do trabalho de campo na Central 060, havia coletado informações mais precisas sobre quais as situações de emergências eram reportadas pela população e como elas eram classificadas, agora, era necessário saber como tais emergências eram atendidas nas ruas. Uma das fases previstas no projeto de pesquisa era o acompanhamento dos atendimentos às emergências médicas e, possivelmente, psiquiátricas no Escuadrón de Rescate y Urgências Médicas (ERUM).

O ERUM é um agrupamento civil da Policía Preventiva do Distrito Federal, que tem como função prestar serviço de resgate e atenção médica pré-hospitalar aos doentes e aos lesionados em residências e em via pública e os encaminhar para os hospitais, caso seja necessário. Portanto, o ERUM era a instituição comparável, no Distrito Federal Mexicano, àquela em que o trabalho de campo foi desenvolvido em Brasília, isto é, o Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal.

Assim, ainda no mês de dezembro/04, apesar do período do recesso em função das festividades natalinas, entrei em contato com a Secretaria de Seguridad Pública del DF com o objetivo de iniciar o processo de autorização para observar as atividades nas ambulâncias do ERUM. O subsecretário da Subsecretaria de Seguridad Pública afirmou que ia tentar marcar uma entrevista com o diretor do ERUM para que ele pudesse autorizar, ou não, a minha entrada nas ambulâncias. Nessa mesma ocasião, comentei com o Subsecretário a possibilidade de entrar nas patrulhas da Policia Preventiva para observar as atenções às chamadas de emergências nas ruas. Entretanto, ele não foi muito otimista porque essa autorização somente poderia ser concedida pelo Secretário de Seguridad Pública del Distrito Federal. Naquele momento, a Secretaria estava passando por uma crise em função do linchamento de dois policiais federais, por populares, o que culminou na substituição do Secretário, tornando ainda mais difícil a possibilidade de conseguir essa autorização. Além disso, em função da troca do Secretário, o próprio Subsecretário estaria a ponto de ser exonerado ou

de ter que entregar seu cargo. Pelo mesmo motivo, ele não poderia garantir meu acesso ao ERUM, pois com a possibilidade iminente de ter que deixar o cargo, segundo ele, as pessoas já não atendiam com a mesma boa vontade de antes aos pedidos da subsecretaria. De toda forma, disse-me que ia tentar marcar um horário para que eu pudesse falar com o Diretor do ERUM.

No final da primeira quinzena de janeiro de 2005 consegui uma reunião com o Subsecretário que, após várias ligações telefônicas e, pelo menos, duas horas de espera, conseguiu falar com o Diretor do ERUM e solicitar a ele que me recebesse, o que ocorreu naquele mesmo dia. Nesse encontro, conversei com o Diretor e com médico que coordena as tripulações das ambulâncias no turno vespertino. Na ocasião, falei sobre minha pesquisa, quais eram os objetivos, porque necessitava observar as atividades das ambulâncias e também aproveitei para falar um pouco das experiências vividas enquanto observava as atividades das ambulâncias no DF brasileiro. Não tardou muito até que o diretor autorizasse a observação das atividades nas ambulâncias, pedindo ao médico coordenador do turno que me apresentasse as instalações e o funcionamento do ERUM.

No primeiro dia de observação, Dr. Jávier, o médico-coordenador do turno vespertino, comunicou ao diretor do ERUM que eu iria acompanhar as atividades da tripulação<sup>107</sup> da ambulância<sup>108</sup> UMXXXX<sup>109</sup>, o diretor concordou com a decisão

---

<sup>107</sup> A tripulação dessa ambulância é composta por quatro agentes (entretanto, a maioria das tripulações do ERUM é composta de apenas três agentes): um rescatista, que tem o curso técnico em enfermagem e está autorizado a realizar processos invasivos (sutura e administração de medicamentos e soro por via intravenosa), desde que sob a supervisão do médico; um socorrista, que possui treinamento para atuar em situações de emergência pré-hospitalar; um motorista, que também é rescatista e um médico (clínico geral). A diferença entre o rescatista e o socorrista é que o primeiro está habilitado para realizar processos invasivos, já o segundo não. Além disso, em geral, o rescatista tem alguma especialidade dentro da área resgate, por exemplo, resgate aquático, espeleológico, em estruturas colapsadas, em regiões montanhosas, em choques de veículos. Segundo o médico coordenador do turno vespertino, todos os socorristas e rescatista ao ingressarem para trabalhar no ERUM já têm que possuir conhecimentos básicos de primeiros socorros. Entretanto, todos irão passar por um curso chamado de *Curso Básico Indutivo*, inclusive os médicos, cuja intenção é melhorar as técnicas de trabalho, extirpar vícios e ensinar como atuar. O curso possui 272 horas, repartidas entre teoria e prática e visa induzir ao cargo. Há uma divisão do trabalho interna a cada tripulação que é a seguinte: o médico somente examina e dá o diagnóstico, os demais procedimentos são realizados pelo rescatista. Por ocasião das férias de um rescatista e a falta da socorrista, o médico da UMXXXX propôs uma nova divisão do trabalho em que o motorista da ambulância o acompanharia no atendimento e eu tomaria os dados da patrulha policial que estivesse no local e vigiaria a ambulância. Entretanto, essa divisão do trabalho não se efetivou porque foi proposta já ao final de um turno de trabalho e, no turno seguinte, a socorrista da tripulação já estava de volta.

<sup>108</sup> As ambulâncias são veículos tipo vans ou furgões que foram transformados para servir a essa finalidade. Internamente estão divididas em duas partes. Na frente, tem dois lugares: um para o

do médico. Os critérios dessa decisão estavam baseados na boa qualidade do trabalho desenvolvido por essa equipe, segundo a avaliação do Dr. Jávier. Isso significava que eu observaria as atividades da mesma tripulação durante todo o desenvolvimento do trabalho de campo no ERUM. Entretanto, na terceira semana de trabalho, o acaso trouxe um ganho qualitativo para o trabalho de campo, a UMXXXX apresentou problemas mecânicos e teve que ser retirada do atendimento ao público. Com isso, pude observar o atendimento prestado por outras tripulações do ERUM. Entre os meses de janeiro e fevereiro de 2005, fiz onze sessões de observação que tinham duração de sete a nove horas. Nove destas sessões foram realizados com equipe da UMXXXX, as outras duas foram realizadas com equipes diferentes.

As atividades do ERUM estão divididas em três turnos: 1) 07:00-14:00 horas; 2) 14:00-21:00 horas e 3) 21:00 – 07:00 horas. Para escolher o turno que iria observar, tomei como base tanto o horário de realização da observação em Brasília quanto na Central 060. Assim, resolvi acompanhar o turno de trabalho que iniciava às 14:00 e finaliza às 21:00 e informei ao Dr. Jávier que faria a observação em dias alternados. Os dois turnos diurnos trabalham seis dias por semana: de segunda a sábado. Os turnos noturnos trabalham em noites alternadas e, a cada quinze dias, cumprem um plantão de vinte e quatro horas no domingo. Não há intervalos durante o turno e se a tripulação necessita de tempo para comer, tem que fazê-lo entre um atendimento e outro, sob o risco de que possa receber um chamado e ter que deixar o lanche pela metade. Mas há dias em que é possível até descansar entre um atendimento e outro. Em geral, na

---

motorista e outro que pode ser ocupado tanto pelo médico quanto pelo recatista da tripulação. Geralmente esse lugar é ocupado pelo rescatista, pois é ele que, normalmente, faz a comunicação, via rádio, com a Central de Resgate, localizada na sede do ERUM. Há uma divisória e a parte traseira é toda destinada ao atendimento dos pacientes. Nessa parte, há uma maca, outros bancos e armários onde são guardados os materiais utilizados nos primeiros socorros. Há uma mala azul em que são guardados remédios, oxímetro, estetoscópio, aparelho para medir pressão, tiras com reagente para medir o nível de açúcar no sangue, luvas, algodão, ataduras. Essa mala sempre é transportada até o local no qual se encontra o paciente. Por dentro, a ambulância está pintada nas cores azul e branco. Por fora, é toda branca, com duas listas, uma azul e outra laranja. Nas portas está o emblema da Secretaria de Seguridad Pública del Distrito Federal. Nas laterais e na porta traseira estão: a sigla da ambulância, seu número e o símbolo da emergência médica, a chamada de Estrela Azul da Vida, também utilizado na UTE do CBMDF. Na parte da frente, está inversamente escrita a palavra ambulância e a Estrela Azul da Vida. Em muitos casos, as pessoas que solicitam o socorro estão nas ruas, e não em suas casas. Assim, a ambulância, após ter suas portas fechadas, transforma-se em um consultório sobre quatro rodas, já que antes de encaminhar um paciente para qualquer hospital, o médico deve examiná-lo.

<sup>109</sup> O número da ambulância foi omitido para evitar a identificação dos membros de sua tripulação.

Cidade do México, por turno, há de nove a dez ambulâncias em atividade, cada uma é designada para cobrir diferentes regiões<sup>110</sup>. A cada dia as ambulâncias são deslocadas para diferentes áreas da cidade.

O ERUM recebe chamadas de socorro por vários meios: além da Central 060, há dois telefones diretos que estão à disposição da população, eles também atendem as solicitações que chegam da Polícia Preventiva, da Polícia Judicial, da Cruz Roja Mexicana, dos Postos de Mando da SSPDF e de programas de assistência social a indigentes. Dr. Jávier informou que todas as lesões são consideradas como possíveis atos delitivos, por isso, além das ambulâncias do ERUM sempre está presente uma patrulha policial no local do incidente para averiguar se a lesão é fruto de um acidente ou de um delito. O coordenador do turno vespertino explicou que eles trabalham com quatro níveis de prioridades no atendimento às emergências: 1) “prioridade um” são aquelas em que o (a) paciente corre risco de morte; 2) “prioridade dois” são aquelas em que o (a) paciente necessita de atenção imediata, mas não corre risco de morte; 3) “prioridade três” são as situações em que o (a) paciente necessita de atendimento, mas não é uma emergência e ele tem condições de esperar algumas horas para receber atenção; 4) “prioridade quatro” diz respeito à certificação de cadáver. Na prática, apenas um destes níveis é manejado, aquele em que há risco de morte, o qual não é expresso pela numeração, prioridade um, mas pela expressão: “está de prioridade”.

O ERUM, apesar de estar ligado à Secretaria de Seguridad del Distrito Federal, não maneja a mesma classificação utilizada pela Central 060 para classificar as chamadas de emergência. Os agentes do ERUM, ao comunicar a solicitação de atendimento a uma emergência e principalmente após a sua realização, utilizam a seguinte classificação: 1) *traslados de enfermos y lesionados a hospitales*, 2) *atención de enfermos y lesionados en vía pública*; 3) *atención de partos a bordo de las ambulancias*; 4) *rescate y salvamento urbano*; 5) *rescate y salvamento en colisión vehicular*; 6) *rescate y salvamento tipo espeliológico*; 7) *rescate y salvamento tipo alta montaña*; 8) *rescate y salvamento tipo acuatico*; 9)

---

<sup>110</sup> As ambulâncias do ERUM e as patrulhas da Polícia Preventiva atendem estritamente às ocorrências originadas no território do Distrito Federal, não atendendo às demandas das áreas que, apesar de conurbadas com o DF, pertencem ao Estado do México.

*servicios preventivos; 10) servicios varios; 11) atención a población vulnerable (indigentes); 12) falsos avisos; 13) servicios cancelados; 14) servicios transferidos a otras entidades.* Destas 14 categorias, as duas primeiras são as que concentram o maior número de atendimentos realizados pelas tripulações do ERUM, fazendo que as principais categorias utilizadas pelos tripulantes para classificar os atendimentos sejam *enfermos y lesionados*.

A primeira e mais importante constatação proporcionada por essa classificação é que não há uma categoria específica para as ocorrências relacionadas às emergências psiquiátricas. As categorias: *traslados de enfermos y lesionados a hospitales; atención de enfermos y lesionados en vía publica e atención a población vulnerable* são amplas e conseguem abarcar a maioria dos atendimentos prestados pelas tripulações do ERUM, inclusive aqueles que possam estar relacionados aos casos de emergência psiquiátrica, semelhante aos visualizados em Brasília. De fato, durante a realização do trabalho de campo no ERUM foram observados dois casos que guardavam essas semelhanças, isto é, envolviam a presença de um comportamento agressivo que gerava ruptura do equilíbrio e/ou desconforto social no âmbito familiar ou da comunidade envolvente, que já não dispunha de recursos para manejá-lo.

Após o término do trabalho de campo, com base na observação das atividades das tripulações e da própria informação repassada pelos tripulantes foi possível concluir que o ERUM não é a instituição, na Cidade do México, que atende às emergências psiquiátricas. Segundo Dr. Jávier, e conforme pude observar, a tripulação não atua ao detectar que se trata de um indivíduo que apresenta crise relacionada à saúde mental. Isso porque, segundo o médico e membros das tripulações com os quais conversei, o único local que recebe esse tipo de paciente é o Hospital Fray Bernardino, hospital federal especializado em psiquiatria. Entretanto, a tripulação não pode encaminhar o paciente porque, em função do procedimento adotado pelo Fray Bernardino, a ambulância e a tripulação permanecem retidas no hospital até que ele seja avaliado e se possa determinar se ficará internado ou não. Segundo eles, o hospital requer, no mínimo, duas horas para fazer a avaliação e a ambulância não pode permanecer esse tempo parada, já que tem outros atendimentos a fazer. Além disso, se o médico, ao avaliar, detectar que não há necessidade de internamento, a tripulação tem que

levar o paciente de volta ao local em que o atendeu. Somente depois disso, é que está liberada para realizar novos atendimentos. No próximo capítulo, ao analisarmos os casos, examinaremos também essa explicação dada pela tripulação.

Diante desse quadro, era necessário seguir buscando pelas instituições que, no Distrito Federal, eram as responsáveis pela atenção aos casos que guardam semelhanças com aqueles observados em Brasília, fossem elas instituições de saúde, segurança ou judiciais.

### **Juzgados Cívicos**

Durante a realização da escuta das chamadas na Central 060, foi detectado que muitas estavam relacionadas à “denúncia” de indivíduos que se apresentavam embriagados e agressivos. Tais casos eram, geralmente, considerados como faltas administrativas e encaminhados ao Juzgado Cívico para multa ou detenção. Com base nessa informação, resolvi realizar uma observação sobre o atendimento realizado pelo Juzgado Cívico a tais casos e verificar se eles estavam relacionados com a percepção da existência de uma perturbação físico-moral associada à loucura, a qual estivesse gerando ruptura do equilíbrio e/ou desconforto social no âmbito familiar ou comunitário envolvente, isto é, se eles guardavam semelhanças com os casos que foram denominados em Brasília como emergência psiquiátrica ou “paciente psiquiátrico”.

A Ley de Cultura Cívica del Distrito Federal, instrumento administrativo no qual se baseia o trabalho dos Juzgados Cívicos<sup>111</sup>, tem como finalidade estabelecer regras de comportamento cívico para garantir o respeito a: pessoas, bens públicos e privados, meio ambiente, entorno urbano e segurança. A infração a essas regras é considerada uma falta administrativa (ou infrações cívicas) cuja sanção está também regulamentada pela mesma lei. A Ley de Cultura Cívica del Distrito Federal, nos artigos 23/I, 24/VI e 25/VIII, define como infrações cívicas a maltratar física ou verbalmente qualquer pessoa, incitar ou provocar briga,

---

<sup>111</sup> Tais entidades são operadas e supervisionadas pelo Governo do Distrito Federal, através da Consejería Jurídica y Servicios Legales, portanto, são instâncias administrativas e não estão inseridas no sistema judicial.

situações que envolvem um quadro de agressividade. Além disso, art.25/V, proíbe a ingestão de bebidas alcoólicas e/ou o consumo de estupefacientes, psicotrópicos ou substâncias tóxicas em lugares públicos. A sanção para a infração a esse último artigo, por exemplo, é uma multa de 21 a 30 dias de salário mínimo<sup>112</sup> ou 25 a 36 horas de detenção. Dessa forma, descobri que os casos reportados à Central 060 que estavam relacionados a denúncia do consumo dessas substâncias em via pública e a existência de maltrato e brigas eram encaminhados aos Juzgados Cívicos.

Com isso, pensei que muitos dos casos que, em Brasília, eram classificados como *paciente psiquiátrico* e encaminhados para o recebimento de atenção médica; na Cidade do México, poderiam ser considerados como infrações às regras de convivência e solucionados por meio de uma sanção. Assim, para compreender a trajetória das emergências psiquiátricas na Cidade do México era necessário realizar uma observação da resolução desses casos nos Juzgados Cívicos.

Outro dado importante foi que, através do trabalho de campo feito no ERUM, constatei que as pessoas embriagadas, ainda que em situação de vulnerabilidade física, não eram recebidas pelos setores de emergência das unidades do sistema de saúde pública do Distrito Federal. Dessa maneira, o Juzgado Cívico foi o único espaço, em funcionamento vinte e quatro horas por dia, onde encontrei algum tipo de recepção e procedimentos em relação a esses casos. No Distrito Federal, há setenta Juzgados Cívicos e cada qual somente procede ao julgamento das infrações cometidas dentro da área de circunscrição territorial que lhe corresponde.

Com a finalidade de verificar a lista de Juzgados Cívicos em que havia a maior incidência de infrações relacionadas ao Art. 25/V, realizei uma análise dos dados estatísticos, fornecidos pela Dirección Ejecutiva de los Juzgados. Ao analisar os dados, verifiquei que três juzgados (Azcapotzalco 3, Cuauhtémoc 5, Venustiano Carranza 3) tinham uma quantidade alta de infrações em relação ao referido artigo. Dessa forma, entrei em contato com o coordenador da Dirección Ejecutiva de los Juzgados Cívicos com o objetivo de obter a autorização para

---

<sup>112</sup> O valor do dia de salário mínimo durante a realização do trabalho de campo era de MXP\$ 46, 80 pesos mexicanos, aproximadamente R\$ 10,93 reais.

estar em um desses três juzgados, realizando a observação dos julgamentos. Ele disse que me encaminharia para o Cuauhtémoc 5. Posteriormente, pedi autorização para ir também ao Venustiano Carranza 3, entretanto, não foi possível, já que segundo ele, esse juzgado não era administrado por eles, mas sim pela Delegación Venusciano Carranza.

O primeiro dia de observação ocorreu durante o dia, em um dia de semana. Entretanto, após conversar com alguns *juezes* (as), eles me disseram que os melhores dias para observar as infrações relacionadas ao art.25/V eram nos finais de semana, no período noturno. Após uma consulta ao Livro de Registro de Infrações detectei que, de fato, os finais de semana concentravam um maior número dessas infrações e também daquelas relacionadas a brigas. Assim, baseando-me na experiência empírica dos *juezes* (as) e na consulta do livro, resolvi realizar a observação no final de semana (sexta, sábado e domingo), no período noturno. Em geral, permanecia dentro da sala de um dos *juezes* (as) conversando com eles – a recepção era o espaço do policial e de sua vigilância. Assim que chegava uma remissão, o policial avisava e o *juez* (a) ia até a recepção para realizar a audiência de julgamento da infração.

O Juzgado Cívico Cuahutémoc 5 é um edifício de construção recente, porém a área ocupada pelo Juzgado não é muito grande, conforme também observou os próprios juizes. Há salas destinadas ao trabalho administrativo; banheiros, sala para os juizes, sala para o médico legista, mas o que caracteriza e chama atenção na arquitetura do Juzgado é a existência das selas de detenção, seis no total: duas (masculina e feminina) para recuperação (no caso de que indivíduo esteja sob o efeito de álcool ou drogas); duas (feminina e masculina) destinadas ao cumprimento das horas detenção e mais duas (masculina e feminina) destinadas aos menores<sup>113</sup>.

Em cada turno de trabalho, a equipe desse Juzgado é composta por dois *juezes* (as), um policial e, no período de 08:00 às 20:00, também conta com a presença de médicos legistas. Os *juezes* (as) trabalham em plantões de 24 horas

---

<sup>113</sup> Segundo o coordenador da Dirección Ejecutiva de los Juzgados, os prédios dos juzgados, agora, são construídos com uma nova concepção espacial: as galerias (selas) já não são mais construídas no subsolo como eram antes, mas sim no mesmo andar. Isso porque, anteriormente, houve muitos casos de suicídios nas selas e, como elas estavam embaixo, ninguém escutava qualquer tipo de ruído que pudesse possibilitar o impedimento de tal ato.

e descansam 48, os policiais trabalham 12 horas e há dois médicos que se revezam no período de 12 horas de segunda a sexta-feira. O Juzgado, a partir das 20 horas, permanece sem médico legista, por isso os indivíduos têm que ser levados para fazer o exame com os médicos que se encontram no Juzgado da Delegación Cuauhtémoc.

Os *juezes* (as) têm a responsabilidade de determinar se o indivíduo apresentado pelos policiais preventivos é responsável pela infração, dar procedimento à audiência pública e determinar a sanção. O corpo de juizes é composto, em sua maioria, de jovens abaixo dos 30 anos, todos licenciados em direito e, segundo informou-me as próprias *juezas*, as mulheres são maioria. O policial está ligado à Polícia Preventiva do Distrito Federal e é o responsável pela segurança do Juzgado e pelo controle de entrada e saída das selas.

O julgamento de uma infração no Juzgado Cívico passa pelas seguintes etapas:

- 1) Apresentação do suposto infrator ao *juez* (a) pelos policiais da Polícia Preventiva do DF;
- 2) O *juez* (a) ouve as partes envolvidas e suas versões do acontecimento, inclusive a dos policia preventivos, a qual tem muito valor;
- 3) O indivíduo, às vezes, tenta fazer sua defesa que, pode ser aceita ou não pelo *juez* (a), em geral, não é;
- 4) O individuo é considerado culpado pela infração (embora isso não seja dito explicitamente), na medida em que o *juez* (a) o encaminha para o exame com o médico legista, ato que é formalizado com a entrega do Livro de Constância Médica ao policial preventivo que o encaminhará até o médico legista;
- 5) Ao retornar do exame médico, *juez* (a), ou até mesmo o policial, pede ao indivíduo que retire cintos, cadarços, fósforos, canivetes (e qualquer outro material cortante), chaves e coloque todos esses objetos em uma bolsa plástica, permanecendo apenas com seus documentos pessoais e objetos de valor. Isso é feito com o objetivo de evitar tentativas de fuga ou de suicídio. Tais objetos são guardados embaixo do balcão e, na saída, devolvidos aos seus respectivos donos;

- 6) Em seguida, os infratores são passados para a área das selas, no caso dos infratores ao art. 25/ V, podem antes passar pelas selas de recuperação, se assim indicar o exame médico, já que ele deverá recuperar-se antes de apresentar-se à frente do *juez* (a), quando este (a) lhe dirá sua sanção. Nos demais casos, o infrator pode inclusive nem passar pela área de detenção, já que ao retornar do exame médico, o *juez* (a) lhe ditará sua sanção e se este quiser (e tiver recursos) poderá pagar a multa e ir embora;
- 7) No caso de não poder pagar a multa, o indivíduo terá direito a fazer uma chamada telefônica para pedir auxílio e, posteriormente, será encaminhado à área de detenção, onde permanecerá até cumprir o total de horas de detenção ditadas pelo *juez* (a) ou até que alguém venha para pagar sua multa.
- 8) O *juez* (a) anota a infração no Livro de Infrações com o preenchimento dos seguintes campos: A) Data/hora, B) remetente; C) nome, endereço, telefone, idade, sexo, ocupação; D) infração ou motivo da detenção; E) procedimentos e resoluções e F) liberdade ou sanção. Antes de sua liberação, o indivíduo tem que assinar o Livro de Infrações.

Antes mesmo de iniciar o trabalho de campo, fiz uma análise simples e breve das estatísticas das infrações relacionadas, por exemplo, ao art. 25/V. Após a análise, verifiquei que os meses de agosto, setembro, outubro e novembro de 2004, os primeiros meses de implantação da nova Ley de Cultura Cívica<sup>114</sup>, o número de infrações ao art. 25/V alcançou a soma de 31.738 mil casos, contra 5.427 mil infrações registradas nos três meses subsequentes, isto é, dezembro de 2004, janeiro e fevereiro de 2005. A média mensal dos quatro primeiros meses foi de 7.934 mil casos, contra 1.809 mil infrações dos três meses subsequentes, o que significa uma queda de 77,19%. Esse dado chamou-me a atenção, por isso conversei com o Coordenador da Dirección Ejecutiva de los Juzgados para saber o motivo dessa grande queda no número das infrações. Segundo ele, o motivo teria sido a troca do Secretário de Seguridad Pública del Distrito Federal e a consequente mudança na política de segurança. De acordo com o Coordenador, a política empreendida pelo antigo secretário estava baseada no Programa de

---

<sup>114</sup> A atual Ley de Cultura Cívica del Distrito Federal entrou em vigor a partir de 31 de julho de 2004.

Tolerância Zero, desenvolvido por R. Giuliani, na prefeitura de Nova York, durante sua gestão. Esse programa prevê que a repreensão de determinadas condutas (muitas delas estão abarcadas como faltas administrativas pela Ley de Cultura Cívica) previne os delitos.

O Secretário de Seguridad Pública del DF que assumiu o cargo em dezembro de 2004 não partilhava da mesma política e solicitou aos policiais preventivos que se abstivessem de deter os embriagados e focassem seus esforços em capturar verdadeiros delinqüentes.

“Sé que tenemos un grave problema de alcoholismo en la ciudad, pero, cada vez que remitimos a una persona al Juzgado Cívico, estamos demorando hasta una hora y media o dos horas en promedio, porque no está el médico legista, es el mismo tiempo que se pierde en la calidad en el patrullaje”, comentó el Secretário de Seguridad Pública del DF, Joel Ortega (SIERRA, s.d.)

Além disso, o Coordenador também informou que, no início da implantação da nova Ley de Cultura Cívica, os policiais preventivos tinham que cumprir uma meta de detenção. Então, para cumprir a meta procediam da seguinte forma: dirigiam-se aos locais onde sabiam que encontrariam indivíduos embriagados e/ou drogados, os colocavam dentro da patrulha (ainda que eles não estivessem explicitamente ingerindo em via pública) e os encaminhava até um Juzgado Cívico. Com isso, indivíduos que padeciam com o alcoolismo e/ou farmacodependência eram remetidos várias vezes por semana aos diversos Juzgados da cidade.

Com essa mudança na política de segurança pública do governo do Distrito Federal, os policiais preventivos deixaram de remeter aos Juzgados Cívicos todos os embriagados e drogados que encontravam na rua. No período da realização do trabalho de campo, somente foram remetidos aqueles que eram flagrados ingerindo álcool ou utilizando psicotrópicos<sup>115</sup>. Com isso, o perfil dos indivíduos remetidos aos Juzgados Cívicos mudou: dos *borrachitos de la calle*, como são chamados os alcoolistas que passam horas, dias nas ruas, consumindo álcool,

---

<sup>115</sup> Durante o período que estive observando as atividades do Juzgado, nenhuma pessoa foi remetida por estar utilizando substâncias psicotrópicas. Observando também o Livro de Constância Médica, em que é registrado o exame legista, percebi que no mês de março e parte de abril ninguém havia sido remetido por este motivo.

para os tomadores de final de semana que, inadvertidamente, saem dos bares e casas de dança com copos de bebidas alcoólicas nas mãos. Esses indivíduos, em geral, nem chegam a estar em estado de embriagues, apenas possuem hálito etílico (detectado através do exame legista), o que não os livra da detenção ou do pagamento de multa. Portanto, no trabalho de campo realizado junto ao Juzgado Cívico Cuauhtémoc 5 não foi observado nenhum caso que guardasse semelhanças com aqueles observados no atendimento às emergências psiquiátricas no Brasília. Dessa forma, após o trabalho de observação percebi que esse também não era, no atual momento, o espaço para a recepção dos indivíduos que, em função da alcoolização ou do uso de substâncias psicotrópicas apresentam uma alteração mental ou comportamental capaz de gerar ruptura do equilíbrio e/ou desconforto social no grupo familiar e/ou da comunidade envolvente.

O relatado de familiares e trabalhadores da área da saúde indicam que os indivíduos embriagados ou sob o efeito de psicotrópicos, agressivos ou não, não são recebidos nas emergências dos hospitais gerais e clínicas. Na Cidade do México existem apenas duas unidades do sistema de saúde pública, os Centros Toxicológicos, que recebem pacientes sob efeito de álcool e/ou substâncias psicotrópicas, mas somente se eles não estiverem agressivos. Desse modo, o Juzgado Cívico é o único espaço de recepção para esses indivíduos estejam eles agressivos ou não. Diante disso, é possível concluir que tais casos não são percebidos do ponto de vista da doença. Isso porque o Juzgado é uma instância administrativa que julga e impõe sanções às faltas relacionadas às regras de comportamento cívico, ou seja, as infrações ao comportamento socialmente aceito ou a moralidade daquela sociedade. De maneira que, as formas por meio das quais se tem administrado os indivíduos sob embriagues e/ou efeito de substâncias psicotrópicas estão, em grande medida, filiadas a uma percepção moral em relação a esses indivíduos e a esses “estados”. Outra conclusão a que se pode chegar é há uma dificuldade do sistema de saúde em lidar com esses casos desde uma perspectiva da saúde/doença. Isso não significa que os trabalhadores da saúde não saibam reconhecer clinicamente casos de alcoolismo ou dependência química, mas sim que no âmbito da cultura eles não são percebidas como processos de adoecimento, o que impede que esses indivíduos

recebam atendimento/tratamento no âmbito da saúde, como ressalta a fala desta médica do Centro Toxicológico Xochimilco:

“Às vezes, quando o médico não está consciente do tipo de problema que tem o paciente, como que o rechaça. Porque me passou isso também quando eu cheguei aqui [no Centro Toxicológico], porque isso se aprende de onde vem. Quando eu fiz minha residência no [Hospital General] Ruben Leñero, ninguém queria tratar esses pacientes, pedia para colocar de lado e isso é algo que a pessoa já traz de tempos atrás. E acabei chegando aqui para trabalhar com pacientes que são alcoólicos, ‘drogaditos’ e tudo o que vem junto, o cheiro... Então, tem que aprender a lidar com esse tipo de paciente e isso leva tempo”(dados de entrevista).

### **Unidades de saúde da Secretaria de Salud Del Distrito Federal**

Após verificar que o ERUM não fazia o atendimento e encaminhamento de emergências psiquiátricas para unidades de saúde pública do Distrito Federal, percebi que não poderia utilizar a mesma estratégia realizada em Brasília, isto é, observar o percurso do atendimento à emergência psiquiátrica desde o local da chamada, em que poderia visualizar a atenção em nível pré-hospitalar, até a consulta no setor de emergência, no ambiente hospitalar. A visualização do percurso permitia-me observar dois níveis da atenção e, além de dar-me acesso às unidades de atenção à saúde mental, indicava com clareza os espaços ou as unidades do sistema de saúde público onde havia recepção para aqueles casos. Mas já que isso não havia sido possível, agora, era necessário encontrar os espaços na rede de saúde pública do Distrito Federal, onde houvesse recepção para os casos classificados como emergência psiquiátrica e solicitar a autorização para a realização da pesquisa.

Após diversos contatos com funcionários da Secretaria de Salud Del Distrito Federal (SSDF), fui encaminhada ao secretário do Comitê de Ética em Pesquisa. Após entregar o protocolo de pesquisa<sup>116</sup>, recebi carta de autorização provisória

---

<sup>116</sup> Embora a palavra “simplificado” fizesse parte do título do protocolo, esse não era o adjetivo mais adequado para ele. O *Formato Simplificado para Presentación del Protocolo de Investigación* era composto por mais de 60 itens que estavam divididos em sete temas, sendo que a maior quantidade de itens estava concentrada nos cinco primeiros: 1) identificação; 2) aspectos conceituais; 3) aspectos metodológicos; 4) aspectos éticos e bio-segurança e 5) aspectos logísticos. O protocolo deveria ser escrito em espanhol. Tanto esse formulário quanto aquele utilizado pelo CEP em Brasília (esse talvez um pouco mais) são difíceis de preencher não somente

para iniciar a investigação nas unidades de saúde escolhidas. A autorização foi provisória porque sua concessão deu-se com base na avaliação que os técnicos da Secretaria, que trabalham na área de pesquisa, fizeram do protocolo e não com base na avaliação do Comitê, já que não havia tempo hábil para isso.

O serviço de saúde público na Cidade do México (e em todo o México) está dividido em duas categorias: a) serviço de saúde à população que possui seguro social está composto por dois sistemas separados: o dos trabalhadores do Estado e o dos trabalhadores do setor privado e b) os serviços de saúde para a população aberta, isto é, que não possui qualquer um dos dois tipos de seguro. No Distrito Federal brasileiro (e em todo o Brasil) não há essa divisão e tanto aqueles que contribuem para a previdência social como aqueles que não contribuem são assistidos pelo mesmo serviço de saúde público, isto é, o sistema é aberto a toda a população. Dessa forma, o serviço de saúde que, na Cidade do México, seria comparável ao serviço de saúde público observado em Brasília é aquele destinado à população aberta, em que o usuário não precisa cumprir pré-requisitos para receber atendimento.

O serviço de saúde está dividido em três níveis de atenção: primeiro segundo e terceiro. A atenção primária é composta pelos centros de saúde destinados basicamente a realização de consultas e atendimento ambulatorial. As unidades de atenção secundárias, além de consultas, também dispõem de leitos para internação. O terceiro nível de atenção é composto por hospitais que, além de consultas e leitos para internação, também possuem recursos altamente especializados para tratar patologias complexas, por isso, são chamados de “referência”. De acordo com a OPS (2004), na atenção aos problemas relacionados à saúde mental somente se pode falar em dois níveis: aquele que corresponde ao primeiro nível de atenção, o qual oferece assistência ambulatorial e o segundo nível, que também pode ser chamado de especializado, o qual

---

pela sua extensão, mas, sobretudo, porque são elaborados seguindo uma metodologia quantitativa, de maneira que devemos responder a questões que não são contempladas pelos projetos de pesquisas em antropologia e as quais eles não se propõem a responder dada sua natureza qualitativa. De maneira que, muitos dos questionamentos e críticas feitas ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado Saúde do Distrito Federal brasileiro no que diz respeito à sua ética local também se aplicam ao caso do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Salud do Distrito Federal mexicano.

oferece atenção ambulatorial e hospitalar. Dessa forma, o hospital psiquiátrico é considerado como segundo nível de atenção.

A rede de atenção à saúde mental disponibilizada pela Secretaria de Salud del Distrito Federal está concentrada prioritariamente na atenção primária, já que os três hospitais psiquiátricos existentes no Distrito Federal fazem parte da rede da assistência do governo federal. Com base nessas informações, e considerando que a comparação deveria ser realizada entre os serviços de saúde públicos pertencentes a ambos os Distritos Federais, optei por observar, na Cidade do México, os centros de saúde de atenção primária. Isso porque, além de fazerem parte da rede pública de atenção à saúde do Distrito Federal, também são unidades em que pretensamente o acesso é mais fácil e rápido para a população.

Após essa decisão, era necessário eleger os centros de saúde que prestassem atenção emergencial na área de saúde mental e que englobassem tanto as crises relacionadas à presença de doenças mentais quanto aquelas relacionadas ao uso de substâncias psicotrópicas e álcool. A Secretaria de Salud del DF informou que alguns centros de saúde possuíam módulos de saúde mental e havia dois centros toxicológicos especializados na atenção de emergência e tratamento de dependentes químicos. Esses dados indicaram a necessidade de realizar a observação dos atendimentos tanto em um centro de saúde com módulo de saúde mental, como em um centro toxicológico. Com o auxílio do secretário do Comitê de Ética, foram escolhidos o Centro de Salud Dr. Gustavo Roberoza Perez, que possui um Módulo específico para a atenção em saúde mental e o Centro Toxicológico Xochimilco, especializado na atenção a pacientes com dependência química, ambos localizados na região sul da cidade<sup>117</sup>.

### **Centro Toxicológico Xochimilco**

A principal modalidade de atenção do Centro é a consulta externa, mas os pacientes também podem ser internados por um período de três a quatro horas, para realizar o processo de desintoxicação, caso o médico(a) considere

---

<sup>117</sup> O secretário conhecia a psicóloga que era responsável pela coordenação dos Módulos de Salud Mental dos Centros de Salud daquela região, com quem ele entrou em contato, solicitando que me apoiasse na pesquisa.

necessário. Segundo uma das psicólogas do Centro, eles adotam um modelo de atenção integral ao paciente, que é apoiado por uma equipe profissional multidisciplinar composta por médicos (a), enfermeiras, psicólogos(a) e assistentes sociais, buscando integrar ao tratamento os cônjuges e familiares.

Segundo o diretor, o Centro atende à população aberta de oito delegações<sup>118</sup> da Cidade do México, um público estimado em torno de quatro milhões de pessoas, mais os indivíduos que possam ser remetidos pela Procuradoria General de la Republica, unidades do Ministério Público<sup>119</sup> y Juzgados Cívicos. O serviço de atendimento médico do Centro, em tese, deveria funcionar vinte e quatro horas por dia. Entretanto, o diretor disse que somente há médico no período noturno na segunda e quarta-feira. Posteriormente, conversando com alguns funcionários, eles disseram que, por falta de segurança, mesmo no dia em que há medico de plantão, o Centro fecha por volta das vinte e três horas. Dessa forma, existem três turnos de trabalho: o primeiro, que vai das oito horas da manhã até as quinze horas, o segundo, que vai das quinze às vinte e uma horas e o terceiro, que vai das vinte horas até as seis da manhã, mas que na prática termina às vinte e três horas. Durante a semana, todos os serviços oferecidos pelo Centro estão em funcionamento, isto é, atendimento médico, psicológico e assistência social. Nos sábados, domingos e feriados, somente o serviço médico está disponível e o Centro funciona das oito horas da manhã até às vinte horas. O período de maior movimento de pacientes em busca de atendimento no Centro ocorre na parte da manhã até às treze horas, por isso, elegi esse horário para realizar a observação. O Centro possui cinco consultórios, e duas enfermarias (feminina e masculina) com seis leitos cada uma.

Após conversar com uma psicóloga, uma assistente social e uma médica, concentrei minhas observações nas consultas de primeira vez, às quais poderiam configurar-se como emergências psiquiátricas. Os (as) médicos (as) atendem com consulta marcada os pacientes que já estão em tratamento, mas também devem

---

<sup>118</sup> A Cidade do México está dividida em 16 delegações, cada delegação é uma subdivisão política e administrativa do governo do Distrito Federal responsável por um determinado número de bairros. São elas: Delegación Álvaro Obregón, Delegación Azcapotzalco, Delegación Benito Juárez, Delegación Coyoacán, Delegación Cuajimalpa de Morelos, Delegación Cuauhtémoc, Delegación Gustavo A.Madero, Delegación Iztacalco, Delegación Istapalapa, Delegación La Magdalena Contreras, Delegación Miguel Hidalgo, Delegación Milpa Alta, Delegación Tláhuac, Delegación Tlalpan, Delegación Venustiano Carranza, Delegación Xochimilco.

<sup>119</sup> O Ministério Público mexicano equivale, no Brasil, às Delegacias da Polícia Civil.

atender os pacientes que chegam pela primeira vez e são encaixados entre as consultas já agendadas. No mesmo dia em que são atendidos pelo (a) médico (a), pela primeira vez, os pacientes e familiares são encaminhados para a entrevista com a assistente social que, entre outras coisas, marca a primeira consulta do (a) paciente com o serviço de psicologia. O clínico geral, nessa primeira consulta, avalia o paciente, o encaminha para o psiquiatra, caso julgue necessário. Portanto, a primeira avaliação e classificação recebida pelo paciente quando ingressa para tratamento é aquela realizada pelo clínico geral.

O Centro Toxicológico Xochimilco possui em sua classificação dos atendimentos prestados as seguintes categorias: *urgencia psiquiátrica*, *urgencia médica* e *urgencia psicológica*. Entretanto, durante o período em que estive realizando o trabalho de campo no Centro como também em todo o período de janeiro a maio de 2005 não foi registrado nenhum caso de nas categorias *urgencia psiquiátrica* e *urgencia psicológica*. Nesse período, foram registrados apenas casos em *urgencia médica*, isto é, aqueles em que foi necessário realizar um processo de desintoxicação do paciente em função dos sintomas orgânicos apresentados pelo consumo de álcool ou drogas.

Os casos de *urgencia médica* guardam semelhanças com aqueles observados em Brasília e inseridos na categoria *paciente psiquiátrico*, no sentido que de ambos envolvem o mesmo tipo procedimento de emergência que é a desintoxicação. Entretanto, não envolviam o elemento que caracteriza a inserção desses casos na categoria *paciente psiquiátrico*, que é o comportamento agressivo. Aliás, conforme já disse, o Centro não presta atendimento se o paciente estiver agressivo. O Centro Toxicológico dispõe de uma categoria específica para designar o que foi denominado como *paciente psiquiátrico*, pelo CBMDF, que é a *urgencia psiquiátrica*, portanto, são os casos inseridos nessa categoria é que deveriam ser investigados. Entretanto, não foi possível observar esses casos em função de que sua ocorrência, conforme disse acima, é absolutamente escassa no âmbito da atenção prestada pelos profissionais do Centro Toxicológico.

Diante desse dado, e tentando compreendê-lo, imaginei que pudesse estar havendo algum problema quanto à classificação dos casos que chegavam às portas do Centro. Em uma entrevista, perguntei para uma das médicas quais eram os casos que eles consideravam como *urgencia psiquiátrica*. Segundo ela, são os

casos em que o paciente apresenta *delirium tremens*, cujos sintomas são a desorientação, fala incoerente, alucinações visuais e auditivas, alto grau de ansiedade, olhar vago e representam perigo para si e para os outros, porque nesse estado pode matar-se ou agredir a outras pessoas. Assim, constatei que a agressividade e a periculosidade, igualmente ao ocorrido com os agentes do CBMDF, compõem o conceito de *urgência psiquiátrica* manejado pela médica.

De acordo com ela, nesses casos, eles avaliam se podem manejar o paciente no próprio Centro, buscando ver se não há risco de suicídio para o paciente ou de agressão para a equipe. Caso esse risco não exista, eles lhe aplicam Aldol (antipsicótico) intravenoso e internam o paciente por algumas horas, desde que ele esteja acompanhado de um familiar que possa responsabilizar-se por ele e, posteriormente, o encaminham para uma consulta com psiquiatra do Centro. Caso contrário, o procedimento é encaminhar o paciente para o hospital psiquiátrico mais próximo, neste caso, o Hospital Fray Bernardino Álvares. Entretanto, segundo ela, as transferências de pacientes tanto para o hospital geral como para o psiquiátrico são bastante burocráticas, deve-se conseguir uma ambulância, ver se o hospital pode receber o paciente e, muitas vezes, quando eles são informados de que se trata de um farmacodependente ou alcoólico, se negam a recebê-lo. Nesse caso, disse a médica, eles conversam com os familiares do paciente para que eles busquem por seus próprios meios um outro lugar para encaminhá-lo, ou seja, devolvem o problema para a família. Porém, de acordo com ela, esses casos são bastante difíceis de acontecer, conforme indicam as estatísticas dos atendimentos prestados pelo Centro.

### **Módulo de Salud Mental del Centro de Salud Dr. Gustavo R. Perez**

O Módulo de Salud Mental está instalado dentro do Centro, mas possui uma área própria e separada do restante dos consultórios. Ele ocupa um andar do edifício que estruturalmente poderia dizer que se trata do subsolo, já que a entrada do Centro está ao nível da rua sendo, portanto, o térreo, entretanto para chegar ao Módulo de Salud Mental, deve-se descer as escadas. De toda forma, o local está preparado para o recebimento de atividades. Contudo, no que diz respeito ao atendimento médico-ambulatorial, somente o Módulo de Salud Mental

funciona nesse subsolo. As outras atividades que ocorrem são cursos de dança, culinária, cabeleireiro e manicure, de maneira que o Centro de Salud também funciona como centro comunitário.

O Módulo possui duas psiquiatras, seis psicólogos, sendo que cinco deles são estagiários e uma assistente social. Não há recepcionista, por isso, a porta do módulo está sempre trancada, os pacientes batem à porta e esperam até que alguém venha atendê-los; a assistente social, quando não está ocupada com outras atividades, faz o papel de recepcionista, mas nem sempre isso ocorre. A única modalidade de atendimento do Módulo é a consulta externa que ocorre de segunda a sexta-feira, das 08:00 às 16:00 horas. Para as sessões de psicoterapia, os pacientes somente são atendidos com horários previamente marcados. As psiquiatras atendem aos pacientes com horário marcado, mas também aqueles que chegam pela primeira vez, mesmo que não tenham consulta marcada, e aos pacientes em situação de emergência.

A valoração inicial é sempre feita por uma das duas psiquiatras, de forma que o paciente somente será encaminhado para o tratamento psicoterápico após essa a avaliação e se elas considerarem necessário. Ou seja, o ingresso ao atendimento de saúde mental está condicionado a avaliação/classificação com base nos saberes advindos da psiquiatria.

O Módulo de Salud Mental também possui em sua classificação dos atendimentos prestados a categoria *urgência psiquiátrica*. No período em que estive realizando o trabalho de campo junto ao módulo, pude observar alguns casos que a psiquiatra considerou como *urgência psiquiátrica*, embora eles não guardassem semelhanças com os casos de emergência psiquiátrica observados em Brasília. O procedimento quanto aos casos considerados como *urgência psiquiátrica* é, através da avaliação, verificar a necessidade de internação do paciente e, caso esta seja confirmada, encaminhá-lo para o Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvares. No período em que estive realizando o trabalho de campo não houve casos em que as psiquiatras tivessem considerado necessário o encaminhamento do (a) paciente para internamento.

### **4.3 Considerações finais**

Inicialmente tive a mesma atitude que outras pessoas tiveram ante uma situação de crise que está relacionada ao que se considera uma *alteração do estado normal da pessoa*, que o grupo doméstico ou comunitário não consegue administrar com os recursos que dispõe: busquei o único serviço público de atendimento às chamadas de emergência, a Central 060. Isto é, nosso senso comum<sup>120</sup> nos informa que em situações como essas devemos buscar o auxílio de instituições que atuam em situações de emergência. Entretanto, nenhuma das instituições públicas, nem a de saúde (ERUM), nem a policial (Polícia Preventiva), ligadas a Central 060, para as quais tais chamadas são canalizadas a fim de que recebam atendimento, responderam à demanda específica de uma emergência relacionada à saúde mental. Em alguns deles, tanto a patrulha da Polícia Preventiva quanto a ambulância do ERUM foram até o local da solicitação, mas, ao verem que se tratava de um caso relacionado a saúde mental, devolveram o problema para família para que ela agisse por seus próprios meios ou, na falta de um familiar ou alguém que se responsabilize, o “problema” foi apenas deslocado de um lugar para outro. Dessa forma, conclui-se que o serviço público de atenção às emergências na Cidade do México não responde às emergências psiquiátricas.

As unidades de saúde em que se desenvolveu o trabalho de campo, apesar de terem procedimentos de recepção às emergências psiquiátricas e estarem diretamente responsabilizadas pelo atendimento também transferem os casos para outras instâncias, sempre que podem. A instância a qual, por excelência, os casos são transferidos (ou devolvidos) é a família. A médica do Centro Toxicológico disse que eles avaliam se podem manejar o paciente e caso não seja possível, ele é transferido para um hospital psiquiátrico. Entretanto, conforme dito pela própria médica, tal transferência é um procedimento difícil e burocrático, já que conseguir uma ambulância não é tarefa fácil: o único serviço público de ambulâncias é o do ERUM, mas eles não encaminham pacientes para o Hospital Fray Bernardino e tampouco transportam aqueles que se encontram agressivos e/ou embriagados, conforme veremos na análise dos casos. Assim, a indicação é para que a família proceda por seus próprios meios tanto no que diz respeito ao transporte do paciente como para conseguir uma vaga no hospital. Com base

---

<sup>120</sup> Utilizo o termo senso comum para me referir a um conjunto de saberes culturais e sociais que informam nossas atitudes e tomadas de decisões na cotidianidade.

nessas informações e nas estatísticas do Centro de Toxicológico, o qual não registrou atendimento a emergência psiquiátrica de janeiro a maio de 2005, é provável que esse seja um procedimento comum. No Módulo de Salud Mental não é diferente, ainda que através do uso de mecanismos e conteúdos diferentes, de acordo com o que veremos a seguir, a essência do procedimento é a mesma: devolver à família a demanda que ela faz junto ao serviço de saúde. A fala deste familiar, que possui um parente com diagnóstico de esquizofrenia, confirma as dificuldades enfrentadas quando, em situações de emergência, necessitam transportá-los para uma unidade de saúde.

Conseguí una ambulancia; es muy difícil encontrar ayuda pues del Fray Bernardino no vienen por los enfermo, las ambulancias no vienen para acá, se necesita conseguir una patrulla que lo lleve para allá de aquí, pero no salen del Estado<sup>121</sup>, entonces era un problema. Conseguí una ambulancia en la Cruz Roja con mucho problema, porque no está permitido llevar enfermos esquizofrénicos porque son muy peligrosos. Les tiene medo la gente. No están preparados para ellos. (SALCEDO-GÓMEZ, 2002, p.158).

Dessa forma, o paciente e sua família vão sendo rechaçados, transferidos, encaminhados de uma instância a outra sem, no entanto, conseguir uma solução ou resposta para suas demandas e necessidades. E, assim, as instituições vão se livrando de tais casos sempre que podem. A idéia essencial de tal procedimento não é muito diferente daquela contida na *Nau dos loucos*, descrita por Foucault (1978). Essa era prática renascentista de administração dos loucos que consistia em confiá-los aos barqueiros, condenando-os à peregrinação e evitando que ficassem vagando indefinidamente entre os muros das cidades. A exclusão do louco fora da cidade também o encerra, tornando-o eterno passageiro e um prisioneiro dessa passagem. Foucault (1978) afirma que essa é uma postura altamente simbólica e que permanece até os nossos dias. O autor parece ter razão, já que as famílias são como os barcos peregrinando com seus “loucos” não de porto em porto, mas de porta em porta, em busca de uma unidade de saúde que, além de abrir a porta, possa também lhes dar atenção. Assim, não receber o

---

<sup>121</sup> Eles viviam em um município que compõe a região metropolitana da Cidade do México, entretanto, faz parte do Estado do México, o que aumentava as dificuldades, já que os serviços de atenção às emergências de ambas as localidades não podem ultrapassar suas fronteiras territoriais e, além disso, adentrar à circunscrição territorial de atuação do outro serviço.

paciente, transferí-lo indefinidamente é uma forma de excluí-lo e marginalizá-lo. Tal atitude não só revela um modo de afastar a loucura (e suas diversas denominações e expressões modernas) da sociedade, mas também aponta para o caráter desconfortante que traz a presença do louco.

Assim, o procedimento não indica meramente uma prática, mas revela uma postura altamente simbólica, para concordar com Foucault (1978), e cultural em relação à loucura e ao louco. Isto é, a loucura, a doença mental, a perturbação ou a alteração ainda é algo que se quer manter distante e evitar o contato o máximo que se puder. Até a espacialidade é reveladora dessa concepção e prática em relação à loucura. O espaço destinado ao Módulo de Salud Mental dentro do Centro de Salud, por exemplo, é o subsolo, onde está distante e separado dos outros serviços de saúde, de forma que os usuários da saúde mental estão apartados dos demais. Assim, as atitudes, a espacialidade, a forma de organização do sistema da atenção são reveladores de uma postura e de uma percepção cultural da sociedade mexicana em relação à loucura. Portanto, não se trata meramente de uma ausência do serviço de atenção, de uma prestação inadequada desse serviço, ou melhor, de uma não adequação à política preconizada pela OMS, mas trata-se principalmente de uma forma de perceber e agir em relação à saúde mental, a qual está baseada numa concepção de segregação e de isolamento dessa alteridade. Essa percepção cultural é, provavelmente, um importante motivo que explica o pouco progresso da reforma psiquiátrica no âmbito da atenção à saúde mental no México. Sobretudo porque o modelo de desinstitucionalização está baseado na noção universalista dos direitos humanos e de igualdade entre os indivíduos, entretanto, como se vê, os indivíduos percebidos como loucos não são vistos como iguais.

Voltando ao percurso seguido em busca do espaço de atenção às emergências é preciso dizer que o percorri somente no âmbito dos serviços de atenção mantidos pelo Distrito Federal. Se fosse seguir os trajetos das famílias em busca do atendimento provavelmente teria que percorrer algumas outras instâncias como o setor de emergência do Hospital Fray Bernardino, os grupos de auto-ajuda e as redes sociais/familiares. Mas principalmente teria que observar essas duas últimas instâncias.

Diante do fato de que os serviços públicos não proporcionam a atenção demandada, os serviços organizados e administrados pela sociedade civil e a atenção prestada pelos grupos comunitários e familiares adquirem grande importância. Os grupos de auto-ajuda (alcoólicos anônimos, neuróticos anônimos, esquizofrênicos anônimos) e os *anexos* administrados por eles, isto é, espaços destinados a internação e recuperação dos indivíduos, formam um importante sistema paralelo ao sistema oficial de atenção à saúde mental. Os profissionais do Centro Toxicológico informaram que noventa por cento de sua clientela já passou por uma internação em um desses anexos, o que também conforme pode constatar observando a consulta dos pacientes. Entretanto, apesar de comporem uma importante instância de ajuda no âmbito da saúde mental e que entre os familiares de pacientes é corrente a opinião de que, em alguns desses espaços, os usuários são vítimas de maus tratos, não há informações e regulação sobre eles. De forma que é difícil fazer qualquer afirmação sobre esses espaços, pois não se sabe quantos são, onde estão, como são mantidos, quem os mantém, quem os organiza e administra. O processo de avaliação feito pela OPS sobre os serviços de saúde mental no México não incluiu os grupos de auto-ajuda e os *anexos*, permanecendo apenas no âmbito dos serviços governamentais e perdendo uma oportunidade para se conhecer melhor esse espaços e sua atuação.

Um estudo realizado com pacientes agudos de um hospital psiquiátrico da Cidade do México revelou que a família era o único agente comunitário que cuidava do paciente psicótico quando este recebia alta (RYAN, 1981). Em um outro estudo, Valencia e Saldiva (1993) mencionou que 88% dos pacientes esquizofrênicos vivem com sua família, de forma que esta intervém em todas as etapas da doença: a busca pelo auxílio disponível nos serviços de saúde, internações, durante a hospitalização e depois da alta, no processo de integração paciente ao ambiente familiar. De acordo com a pesquisa desenvolvida por Mora-Rios e Ito-Sugiyama (2005), sobre os recursos de apoio frente aos padecimentos emocionais em uma comunidade de baixa renda na Cidade do México, a família foi citada como o recurso mais esperado e utilizado, indicando que para se conhecer os itinerários terapêuticos (ALVES; SOUZA, 1999) que fazem frente a tais padecimentos é necessário considerar tanto os recursos formais quanto os

informais. De maneira que, as redes familiares assumem grande importância no apoio a busca de ajuda em um processo de cura. Um fato importante que deve ser relacionado a isso é que os serviços de saúde oficiais têm conhecimento sobre esse comportamento cultural da população nos processos de cura e com base nesse conhecimento, ou utilizando-se dele, devolvem para a família as demandas de atenção em saúde mental, indicando que ela deve agir por seus próprios meios. Entretanto, segundo Mora-Rios e Ito-Sugiyama (2005), há um novo componente que modifica o quadro, pois ainda que os resultados da pesquisa indiquem a família como uma importante fonte de apoio em momentos críticos, os entrevistados sabem de antemão que, na prática, não contam com esse recurso. Muitos deles vivem na periferia da Cidade do México e grande parte provém de diferentes estados da Federação, onde permanecem suas famílias e naqueles casos em que as famílias vivem no Distrito Federal, o fato de morarem distantes uns dos outros faz que eles não esperem, nos casos de emergência, o apoio real da família. Dessa forma, os serviços de saúde oficiais estão agindo com base em uma realidade que teve seu quadro alterado a partir da década de oitenta, quando estudos sobre reciprocidade em populações urbanas marginais passaram a indicar uma debilidade das redes sociais (MORA-RIOS; ITO-SUGIYAMA, 2005).

Outra observação importante é que os serviços não estão integrados e não há conhecimento sobre o que cada um oferece. Por exemplo, os agentes do ERUM não sabiam da existência do Centro Toxicológico para onde poderia ser enviado um paciente em estado de embriagues ou sob efeito de substâncias psicotrópicas para procedimento de desintoxicação. A esta conclusão também chegou Lartigue (1984) que realizou um estudo sobre a eficácia dos serviços de saúde mental em 8 estados mexicanos mais o Distrito Federal. Segundo a autora, os serviços públicos, privados e universitário, na área de saúde mental, trabalham de forma independente, não existindo procedimento de canalização de paciente entre eles e havendo um profundo desconhecimento entre os setores e os serviços que cada um oferece.

Assim, o percurso e a dinâmica seguidos pelo trabalho de campo foram impostos pela especificidade da estruturação dos serviços de saúde e segurança no Distrito Federal e pelo tipo de atenção prestada à saúde mental. A intenção inicial era tentar encontrar, entre os serviços públicos do Distrito Federal

mexicano, espaços onde pudesse observar os casos similares àqueles acompanhados no Distrito Federal brasileiro. Entretanto, o próprio trajeto e a peregrinação por esses espaços institucionais transformaram-se na principal temática do trabalho de campo e em um dado muito relevante, na medida em que indicou uma atitude cultural em relação à loucura.

## CAPÍTULO 5

### O CUIDADO DO LOUCO COMO COMPETÊNCIA E RESPONSABILIDADE DA FAMÍLIA: A ADMINISTRAÇÃO DA EMERGÊNCIA PSIQUIÁTRICA NA CIDADE DO MÉXICO.

#### 5.1 Seleção dos casos

A análise dos atendimentos observados nas instituições em que se desenvolveu o trabalho de campo na Cidade do México seguirá o mesmo formato analítico desenvolvido no terceiro capítulo, isto é, combinará a análise processual da crise com a análise da ação ritual. A análise processual da crise será realizada com base no conceito de *drama social* (TURNER, 1957) em que se enfatizará o âmbito familiar e/ou comunitário da crise, bem como suas decisões por acudir aos mecanismos reparadores. A análise da ação ritual será feita com base no conceito de ritual desenvolvido por Tambiah (1985) e na caracterização da ação como performativa. Essa análise se torna importante, na medida em que deixa entrever as mais diversas classificações, a multiplicidade de significados em ação, valores, moralidades e visões de mundo dominantes em determinados grupos (PEIRANO, 2001). Com isso, a pretensão é enfatizar os procedimentos institucionais, as classificações e seus significados no atendimento de cada caso.

A análise baseia-se em dados que foram coletados no período de outubro de 2004 a junho de 2005 em instituições das áreas de segurança e saúde públicas do Distrito Federal mexicano. Das cinco instituições em que realizei trabalho de campo, apenas em uma não se buscava observar diretamente a atenção prestada

pela instituição aos casos, a saber: a Central 060, órgão da Secretaria de Seguridad Pública Del DF, que realiza o atendimento e encaminhamento das chamadas de emergência. O trabalho realizado na Central 060 foi uma pesquisa exploratória para verificar como eram recebidas, classificadas e encaminhadas as chamadas de emergência e se havia demanda da população por atendimentos a casos que poderiam estar relacionadas com aquilo que havia sido classificado como emergência psiquiátrica ou *paciente psiquiátrico*, em Brasília. Nas outras quatro instituições (Escuadrón de rescate y urgências médicas, o Juzgado Cívico Cuahémoc n.5, o Centro Toxicológico Xochimilco e o Centro de Salud Dr. Gustavo Roberoza Perez) foi possível encontrar algum tipo de classificação e procedimentos em relação aos casos que em Brasília foram denominados como emergência psiquiátrica.

Neste capítulo, serão analisados tanto os casos que guardavam semelhanças com aqueles observados durante a realização do trabalho de campo no CBMDF, embora não tivessem sido denominados como emergência psiquiátrica, como aqueles que foram classificados como tais e, entretanto, não guardavam semelhanças com os casos visualizados em Brasília. Outro critério para a inclusão dos casos na análise é que eles tenham sido observados diretamente durante a realização do trabalho de campo. Dessa forma, instituições como o Juzgado Cívico e o Centro Toxicológico, em que não foi possível observar diretamente os atendimentos aos casos que poderiam ser classificados como emergências psiquiátricas, não serão incluídos nessa análise. Neste sentido, serão analisados dois casos atendidos pelo ERUM e um caso atendido no Módulo de Salud Mental do Centro de Salud Dr. Gustavo Roberoza Perez. Em relação ao ERUM, serão analisados dois casos porque cada um deles foi incluído em categorias diferentes no que diz respeito à classificação utilizada pela instituição: um foi classificado como *enfermo* e outro como *lesionado*. Já em relação ao Módulo de Salud Mental foi escolhido um caso que além de ter acompanhado a consulta realizada pela psiquiatra também foi possível conversar com o familiar do paciente, junção que não ocorreu nos demais casos.

## 5.2 Evento Comunicativo 4 – “Lo que recomendamos es que se lo lleven por sus propios medios, porque no nos corresponde”

### Primeira Fase – Preparativos: o deslocamento e o uso do mapa

A ambulância estava estacionada em uma praça e a tripulação descansava a espera da solicitação para atender a um novo chamado. A central de rádio comunicou, sem informar detalhes, a existência de um *enfermo* e o endereço da ocorrência. Nenhum detalhe é informado sobre o paciente além da classificação geral do caso, trata-se de um *enfermo*, de um *lesionado* ou de um *atropellado*. Já sobre o local, as informações são sempre as mais detalhadas e precisas possíveis, para a que a tripulação não perca tanto tempo tentando encontrar o endereço. Assim, há uma forma específica por meio da qual a informação sobre o endereço é transmitida para a tripulação: 1) fala-se o nome da rua; 2) o nome das duas ruas transversais a ela, no trecho em que se localiza a residência ou o acidente, 3) o número do local e 4) a colônia (bairro). Por exemplo: *es el número 32, de la Calle Cozumel, entre Sinaloa y Durango, en Colonia Cuauhtémoc*. Isso porque, em geral, as ruas são muito extensas, algumas têm vários quilômetros, então, é necessário informar o trecho exato da rua em foi solicitado o socorro.

Durante a comunicação, o *rescatista* auxiliar anotou o endereço e o motorista colocou a ambulância em movimento. Na seqüência, o *rescatista* pegou o mapa da Cidade do México para localizar o endereço e indicar o caminho que o motorista deveria seguir, buscando guiá-lo pelo caminho mais curto e com menor tráfego com o objetivo de diminuir o tempo de chegada ao local. Nessa fase, as principais performances são realizadas pelo motorista e o *rescatista* que tentam, através de uma ação conjunta, sobrepujar o tempo e o espaço na Cidade do México. Durante todo o deslocamento a única fala que se escuta, quando é possível, diz respeito à indicação das direções a serem seguidas: *em Juarez, tercera a la derecha y despues primera a la izquierda* ou *por Periférico Sur todo derecho hasta Calçada de Tlalpan, en el metro General Anaya, primera a la derecha*. Dessa forma, na fase preparatória, a ação da tripulação está baseada na emissão de signos indécicos (PEIRCE, 2000) que têm como objetivo central o deslocamento até local no menor tempo e espaço possíveis. Assim, a emissão de

tais signos indíceos também possui uma força ilocucionária, na medida em que têm o poder de deslocar a ambulância através de um caminho específico.

A comunicação do endereço do atendimento, pela central de rádio, possui, conforme já disse, uma força ilocucionária que gera o deslocamento da ambulância e da tripulação para a realização do atendimento. Também aqui a anotação do endereço é importante em termos da forma processual do ritual, na medida em que indica que não há um espaço ritual fixo, fazendo que o deslocamento dos oficiantes seja a ação central da etapa de preparação do ritual.

### **Segunda Fase – Classificação: os indícios da emergência psiquiátrica**

Na porta da residência, uma moça esperava pela tripulação. Descemos da ambulância o médico, eu e o *rescatista*. A moça já foi nos encaminhando para o local onde estava o paciente. Enquanto caminhávamos, o médico perguntou para moça:

Médico: Que pasó señora? Quien es el paciente?

Filha: Es mi papa que está en una crisis, está muy violento, nervioso y se pone agresivo, no hay forma de controlarlo.

Quando a moça proporcionou essa informação, na seqüência, o médico disse: “ese es un caso para ti”, referindo-se a mim.

As palavras *crisis*, *agresivo*, *violento*, *nervioso* são sintomas, se utilizarmos a linguagem da semiologia médica, ou índices, em se tratando da semiótica de Peirce (2000), através dos quais o médico definiu o quadro que se apresentava. Ao dizer “esse es um caso para ti”, ele, por meio de uma operação lingüística metonímica, indicou que se tratava de um caso de emergência psiquiátrica, já que esses casos eram o objeto do meu projeto de pesquisa e os quais eu estava buscando observar. É importante ressaltar também que, através disso, o médico operou uma associação de palavras e situações ao campo semântico da emergência psiquiátrica e por uma relação de contigüidade também aos significados da loucura.

### Terceira Fase – Encaminhamento: “No podemos trasladarlo porque está agresivo”

Acompañamos a moça e subimos até o segundo andar, passamos por um corredor externo que parecia uma sacada e entramos em um apartamento. Ao entrar, o que se viu foi um senhor de aproximadamente 70 anos, gordo, não muito alto que, em meio a algo que parecia um choro ou lamento, jogava-se no sofá da sala, em uma atitude de desespero. O médico, ao ver a cena, não sabia direito o que fazer, o que dizer ou como proceder, mas tentou um contato com o senhor:

Médico: Muy buenas tardes! Como se sente señor?

Senhor: Que está jodida la vida!

Médico: Qué le ocurre?

Senhor: De la chingada<sup>122</sup>!!

Médico: Dónde le duele?

Senhor: Todo me duele. Me duele la cabeza, me duele el estomago, me duele la panza.

A esposa aproximou-se do médico e num tom de voz baixo, como se não quisesse que o marido escutasse, explicou que ele estava triste e deprimido porque sentia-se só, já que todos os filhos se casaram e foram embora de casa. O médico resolveu tentar um novo contato:

Médico: Que le passo señor?

---

<sup>122</sup> De acordo com Paz, “en México los significados de la palabra son innumerables. Es una voz mágica. Basta un cambio de tono, una inflexión apenas, para que el sentido varíe. Hay tantos matices como entonaciones: tantos significados como emociones.[...] Pero la pluralidad de significaciones no impide que la idea de agresión – en todos sus grados, desde el simple de incomodar, picar, zaherir, hasta el violar desgarrar y matar – se presente siempre como un significado último. El verbo denota violencia, salir de si mismo y penetrar por la fuerza en otro” (2004 [1954]: 84). “El poder mágico de la chingada se intensifica por su carácter prohibido. Nadie la dice en público. Solamente un exceso de cólera, una emoción o el entusiasmo delirante, justifican su expresión franca. Al gritarla rompemos un velo de pudor, de silencio, de hipocresía. Nos manifestamos tal y como somos de verdad (2004 [1954]: 85).” De acordo com o *Diccionario breve de mexicanismos*: **(estar) de la chingada** - 1. loc. adj. Malo, difícil, complicado. Disponível em: <http://www.academia.org.mx/dbm/DICAZ/p.htm>. Acesso em: 30 de junho de 2006.

Senhor: Todo, todo.  
Médico: Que le passo senhor?  
Senhor: Me quede solo.  
Médico: Quedó solo?  
Senhor: Te parece poco?

O senhor começou a chorar. A filha disse que ele estava muito agressivo com os familiares. Nesse momento, ele levantou-se e veio em direção a mim.

Senhor: Guadalupe? Guadalupe?  
Esposa: Digame.  
Senhor: Eres Camila?  
Pesquisadora: No.  
Filha: Que quieres?  
Médico: Há pasado otras veces?  
Esposa: No.  
Senhor: Me duele de la falta de todos. Lupe? Guadalupe?  
Guadalupe?!?!

Ele retornou e jogou-se no sofá, gritando. O aparente desespero e alteração do senhor talvez se devesse ao fato de que percebeu que o médico não conseguia compreender o que se passava com ele, portanto, não era uma fonte de auxílio.

O recatista explicou para a família o seguinte.

*Rescatista:* No podemos trasladarlo porque está agresivo y es muy arriesgado para nosotros, no podemos poner la tripulación en riesgo, estamos prohibidos de hacerlo. Hablen al seguro y pida a la ambulancia que venga por el? Hablen con el trabajo social de la clínica que le corresponde para que envíen la ambulancia. Por que si no, se los van a programar. Tienen que ir a trabajo social de la clínica del seguro que le corresponde.  
Esposa: Pero porque no lo pueden llevarlo a su clínica?  
Médico: No, señora, porque él está agresivo y no lo podemos trasladar así. Ahora si tuviera alguna lesión, lo podríamos trasladar, de lo contrario, no.

Filho: No pueden llevarlo a Fray Bernardino<sup>123</sup>?

Médico: No. Ustedes tienen que intentar llevarlo a su clínica o al Fray Bernardino

Hijo. Ustedes lo pueden trasladar?

Médico: No, nosotros no.

Enquanto os tripulantes tentavam explicar para a família porque não podiam transportar o senhor, ele seguiu levantando e jogando-se no sofá entre gritos e lamurias. A família não começou a ficar insatisfeita com a posição da tripulação em não transportar o senhor até o hospital.

*Rescatista:* En ese caso, lo que recomendamos es que se reúnan y se lo lleven por sus propios medios, porque no nos corresponde.

Esposa: Como es?

Filho: Dice que tenemos que llevarlos nosotros en un coche hasta Fray Bernardino.

Médico: Lo que le comento a su hijo es que no es seguro para la tripulación llevarlo hasta el hospital. No lo podemos trasladar, pues está agresivo.

Filho: Queremos sedarlo también para que se duerma hasta que llegue la ambulancia.

Médico: No, mira, no puedo hacer eso, no puedo aplicarle un medicamento y dejarlo aquí, sin acompañarlo porque puede tener una reacción. No puedo arriesgarme yo como médico.

*Rescatista:* También pueden intentar la ambulancia del Fray Benardino. Llamen a ellos.

Filho: Ustedes tienen el teléfono de la Clínica o del Fray?

*Rescatista:* A ver... voy a ver si tenemos.

As palavras e frases proferidas pelo médico no contato com o suposto paciente não tiveram poder e força de produzir qualquer mudança no estado dele. De acordo com Austin (1962), para que uma locução performativa seja feliz, isto é,

---

<sup>123</sup> O Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino é o único do Distrito Federal que atende à população aberta, sendo mantido pelo governo federal.

seja eficaz ou funcione, é preciso que se cumpra algumas regras, as quais ele desenvolve no seguinte esquema:

A.1) Deve existir um procedimento convencionalmente aceito, que possua um certo efeito convencional; o qual inclui a emissão de certas palavras, por certas pessoas, em certas circunstâncias. Além disso,

A.2) as pessoas e circunstâncias particulares, em um dado caso, devem ser apropriadas para a invocação de um procedimento particular.

B.1) O procedimento deve ser executado por todos os participantes corretamente e

B.2) completamente.

De acordo com o autor, se transgredirmos uma dessas quatro regras, o ato não se realizará, isto é, não funcionará, não será eficaz. A fala do médico não tem eficácia justamente porque há uma falha na primeira regra, isto é, como as tripulações do ERUM não realizam esse tipo de atendimento, não transportam esse tipo de paciente, não há um procedimento convencional para lidar com ele. Assim, qualquer locução emitida nesse momento não tem garantia de eficácia, já que não sendo um procedimento convencionalmente estabelecido na prática da tripulação, não se sabe qual será o seu efeito.

Entretanto, há uma importante distinção que deve ser feita no que diz respeito aos procedimentos em relação ao paciente e em relação ao caso. De fato, em relação ao manejo do paciente, a tripulação do ERUM não dispõe de qualquer procedimento convencionalmente estabelecido. Entretanto, em relação ao caso, classificado pelo médico como emergência psiquiátrica, as tripulações possuem um procedimento convencional: não transportar e não encaminhar o paciente para uma unidade de saúde. O motivo alegado para tal procedimento diz respeito ao fato de que este estava agressivo e representava risco para a tripulação.

As classificações, conforme dito por Tambiah (1985), são formas culturais que fornecem aos homens modelos não só para o pensamento, mas também propicia e indica uma ação social. Dessa forma, a classificação do caso como uma emergência psiquiátrica indicou a principal atuação do médico e do *rescatista* durante essa fase, a qual baseou-se em tentativas de explicar aos familiares do suposto paciente que não poderiam realizar seu encaminhamento. Nessas

tentativas, o recurso utilizado para convencer a família sobre o procedimento e posição adotados pela tripulação foi o uso e repetição de *fórmulas verbais*. Para conseguir o efeito desejado, o médico e o *rescatista* utilizaram a repetição de uma *fórmula verbal* composta pela associação metonímica entre agressividade e risco. Assim, através dessa repetição, o médico e o *rescatista* realizaram um *ato performativo perlocucionário*, isto é, através de dizer a *fórmula verbal* eles procuravam convencer a família de que não eram os oficiais corretos para a realização eficaz do ritual.

Conversei por alguns instantes com o filho e a esposa e disse-lhes que era pesquisadora e estava investigando casos como o de seu familiar e que gostaria de conversar com eles posteriormente, se fosse possível. Eles passaram-me um telefone de contato e disseram que se dispunham a conversar em um outro momento, claro. Enquanto realizava esse contato, o médico esperava-me na escada para descermos, o que significava que ele tinha dado o atendimento por encerrado. O *rescatista* já havia descido para tentar conseguir o telefone do Hosp. Psiquiátrico Fray Bernardino para que a filha pudesse ligar e ver se alguma equipe do hospital poderia vir atendê-lo. Com a retirada do médico, parecia que o atendimento havia sido encerrado.

O médico e eu descemos rumo à ambulância. Embaixo, encontramos o motorista da tripulação, que também é psicólogo, conversando com a filha, explicando-lhe, novamente, porque não poderiam atender a solicitação e orientando-os como agir:

Motorista: Van hablar a Fray Bernardino a ver si viene una ambulancia. [...] A ver si pueden enviar un evaluador. Un rato más y le damos el teléfono, si no logramos, llame a 040, ahí se lo dan. Pero yo lo que sugiero es que llamen a los otros familiares. Todas esas actitudes que tiene son, son... está como llamando la atención. Cuando alguien se va a matar se mata, no le dice a nadie. Pero cuando se queda gritando y llamando a toda la gente, no va a pasar nada. Pero tiene que ser evaluado, tiene que pedir que venga un especialista.

Pesquisadora: Que van hacer?

Motorista: Van hablar al Fray Bernardino y ver si viene el evaluador. Si viene el evaluador, le diga que tiene seguro social, porque es más fácil enviarlo al hospital psiquiátrico del seguro. Es más fácil incluso que el seguro les envíe una ambulancia.

Filha: Ustedes no tienen el teléfono?

Motorista: No, pero hable al 040.

Filha: O sea, hay que hablar al Fray Bernardino y a la Clínica del seguro que le corresponde?

Motorista: Eso. Hable al Fray Bernardino y al seguro social a ver cual de los dos lo atiende.

Enquanto ele transmitia essas orientações, a esposa gritou, do segundo andar, que o senhor estava jogando-se no chão. Então, o motorista resolveu subir. Durante a subida perguntou à filha como era o nome do senhor, ela respondeu-lhe que era Manuel.

Motorista: Don Manuel, soy Juan Fuentes, paramédico y vino ayudarlo.

Manuel: No me diga que me vá a llevar...

Juan: No, no. No lo voy a llevar en donde no quieres.

Juan: Que tienes usted Don Manuel?

Manuel: Que la vida es una chingada!!!

Juan: Por que estas así Don Manuel?

Manuel: Por pendejo<sup>124</sup>.

Juan: Por que Don Manuel?

Manuel: Porque me quedé sin familia. Todos se fueron.

Juan: Pero los hijos son unos ingratos. Los hijos son unos ingratos.

Manuel: Sentase.

Juan: No, no se preocupe Don Lazaro, yo estaba sentado todo el rato en la ambulancia, yo estoy a gusto.

---

<sup>124</sup> De acordo com o Dicionario breve de mexicanismos: *pendejo*, *pendeja* - adj., y m. y f. Tonto, bobo, inepto. Disponível em <http://www.academia.org.mx/dbm/DICAZ/p.htm>. Acesso em: 30 de junho de 2006.

Segundo o médico coordenador do turno vespertino, todos os socorristas, *rescatista* e médicos, em um dos primeiros tópicos do *Curso Básico Inductivo*, aprendem como se apresentar ao paciente e proceder à entrevista com o objetivo de capturar informação para a realização do atendimento. Dessa forma, o paramédico ao apresentar-se ao paciente, chamando-o por seu nome próprio, seguia um procedimento convencional do Escuadrón, cujo efeito já era conhecido (AUSTIN, 1962) pelos agentes. Isto é, através desse procedimento buscava-se propiciar uma relação de confiança, em que o paciente pudesse sentir-se cômodo para relatar seu problema. Entretanto, o paciente somente estabeleceu uma relação de confiança com parámedico, quando este lhe deu a garantia que não irá levá-lo para o hospital psiquiátrico, conforme era desejo da família.

O *rescatista* continuou o diálogo com o paciente:

Manuel: Imaginate, toda la vida y ahora me quedé solo.

Juan: Pero, después de todo aquí estás, estas bien, estas vivo.

Manuel: Estoy mal de las piernas, soy diabético.

Juan: Y como controla su diabetes?

Manuel: No, no estoy controlando nada.

Juan: No, hay que controlarla.

[Inaudível]

Manuel: Es que siento um vazio, ay hombre de dios... Esta angustia me mata.

Juan: Por que crees que la angustia mata?

Manuel: Por que estoy mal.

Juan: No, pero también esas son cosas humanas, compréndala. Y todo en la vida nos preocupa. Aún que los hijos son unos ingratos, pero tu está con todos sus recuerdos. Y Aún que los hijos no están, no dejan de quererlo. Yo hablo por mi experiencia, no vivo con mis papas y ni siempre los veo, pero los quiero.

Manuel: Yo estoy ciego, ya no veo.

Juan: Pero aquí estamos vivos Don, y tenemos la responsabilidad de vivir.

Manuel: Los jóvenes se casan y ya se van.

Juan: No, pero aquí está su señora.

[Inaudível]

Manuel: Yo sólo tomo un traguito u otro, nada más.

Juan: Claro, claro [risos].

Manuel: Dígame, estoy loco? Estoy loco?

Juan: No, no. No.

Manuel: Siento un vacío, es una angustia terrible que siento. Tengo miedo [choro].

Juan: No tiene un amigo?

Manuel: Todos se van.

Juan: Hay que tener amigos, gente que platica contigo.

[inaudível]

Juan: Si, Don Manuel, es que la vida está un poco difícil, pero yo quiero ayudar a usted ahorita que puedo platicar con usted. Usted precisa estar bien para que su familia esté bien. Usted necesita platicar con alguien, a lo mejor no platicar con dios porque de repente no obtenemos respuestas como tales. Pero conversar con alguien que le pueda escuchar y que le pueda repetir las cosas, que le pueda escuchar como yo que estoy platicando con usted.

[inaudível]

Juan: No, ahorita yo platico con su señora. Ahora platico con usted para que esté tranquilito ahí. Ahorita yo platico con su familia, que le parece? Quiero tener un tantito de plática con usted para que se quede tranquilo. A mi me dá gusto venir ayudarlo.

Manuel: Me da gana de gritar.

Juan: No, no se preocupe porque le da ganas de gritar. No se angustie. Aquí estamos platicando y eso vale la pena. Eso es lo que tiene que meter en su cabeza.

Manuel: Pero la tengo hueca.

Juan: No, que hueca!! Cómo estas platicando aquí conmigo? No tiene hueca la cabeza, estas entendiendo lo que yo estoy diciendo. Vale? Se vá a quedar tranquilo, verdad? Yo ahorita platico con su familia, vale? No llore, se ponga fuerte.

O *rescatista* saiu da sala para conversar com a esposa de Manuel, que permaneceu deitado no sofá, um pouco mais tranqüilo.

O suposto paciente, através do diálogo com o paramédico, construiu seu *self characterization*<sup>125</sup> (CRAPANZANO, 1992) como um pai provedor, o qual cuidou de sua família por toda vida, entretanto, naquele momento, em que já estava idoso, possuía várias doenças, sentia-se sozinho e abandonado por seus filhos e era exatamente nisso que residia o seu sofrimento. Assim, ele construiu-se como um sofredor, mas não como um louco; como alguém que possuía doenças, mas não uma doença mental. Com esse procedimento, o senhor indicou as razões do seu sofrimento, afastando a possibilidade de que fosse reconhecido como um louco. Inclusive, após sua fala, perguntou ao paramédico se este pensava que ele estava louco. No fundo, Manuel sabia qual seria resposta, pois havia agido para que ela fosse negativa. Ele constrói seu sofrimento como emocional, mas não o associa um problema relacionado à loucura. Dessa forma, o processo de construção e apresentação do *self characterization* – não só no caso de Manuel, mas também nos casos de Luiza e Ana, analisados nos eventos comunicativos 1 e 2, respectivamente – configura-se como uma reação ao incipiente processo de rotulação como loucos (GOFFMAN, 1972 [1961]).

O paramédico reiniciou o atendimento estabelecendo um outro tipo de relação, através do qual buscava obter alguma eficácia no que diz respeito à alteração do estado do paciente e seu retorno a níveis mais estáveis de sentimentos, pensamentos e emoções. Para isso, utilizou diversas locuções perlocucionárias (AUSTIN, 1962), em que através de dizê-las buscava acalmar e tranquilizar o paciente. Assim, o atendimento prestado pelo *rescatista* enfatizou o uso da palavra (TAMBIAH, 1985) tanto no que diz respeito à sua atuação como em relação ao paciente, o qual também foi estimulado a participar usando a palavra. Por meio dela, o *rescatista* tentou criar um vínculo relacional mais estreito com o paciente, concordando com suas queixas em relação aos filhos, criando uma relação de reciprocidade com o paciente. Isto é, com o uso da palavra o *rescatista* conseguiu estabelecer um mecanismo de transferência em que o paciente reconheceu nele uma figura com a qual podia conversar sobre suas queixas. Por outro lado, o *rescatista* reconheceu naquela situação a relação vivida com seus próprios pais, num mecanismo de transferência e contra-transferência

---

<sup>125</sup> Para uma definição de *self characterization*, consulte: capítulo 3, p.80, nota 58.

típicas de um encontro psicanalítico (CRAPANZANO, 1992). De toda forma, é preciso considerar que o *rescatista* procurou utilizar-se dessa contra-transferência (dele para o paciente) também como um mecanismo para retornar o paciente a um estado emocional mais estável. Isto é, ele se identificou com o drama vivido pelo senhor através do processo de contra-transferência, entretanto, propôs a ele que percebesse a relação estabelecida com os filhos em níveis mais positivos, buscando, assim, alterar os sentimentos do paciente no que diz respeito àquela relação.

#### **Quarta Fase – Encerramento: orientando...**

O *rescatista* deixou a sala e pediu para que a esposa de Manuel o acompanhasse. Numa sacada, que dá acesso à escada do prédio, já do lado de fora do apartamento, ele orientou a esposa:

Juan: Él no tiene nada orgánico en el cerebro, no tiene esquizofrenia, ni nada de eso. Lo que pasa es que llega un momento de la vida que ya no podemos seguir como pareja de la forma como quisiéramos, pero es bueno escucharlo de vez en cuando.

Esposa: Pero el nunca se queda solo, yo siempre estoy aquí. Yo digo que nos vayamos para Oaxaca, pero no quiere que nos vayamos.

Juan: Yo lo que te platico, es que por lo menos aguante una hora conversando con él de lo que sea.

Esposa: Es el mínimo que se queda solo, solamente cuando salgo a ir comprar el pan.

Juan: Pero platique también con el, de lo que sea.

Esposa: No, pero el siempre se queda dormido.

Juan: Pero cuando esté despierto, platique con él es muy importante y intente no entrar en controversias, solamente platique. Yo creo que es bueno que lo lleve a un psicólogo. Yo soy psicólogo pero no puedo ofrecer mis trabajos. Yo creo que él va a quedarse tranquilo un rato. Hasta logo.

A esposa agradeceu, mas por sua expressão foi possível perceber que ela não ficou satisfeita com a orientação que o paramédico lhe deu. Descemos as escadas e encontramos o filho e a filha muito irritados com o fato de que a ambulância havia ido até a porta da casa, mas não transportaria o paciente.

Juan: Ya se quedo más tranquilo ahorita que platique con él. Está tranquilo y no creo que esté mal de la cabeza

Filho: Si, pero está sensible, tiene angustia, ansiedad.

Juan: Si, pero a mejor le conviene que lo lleve a un hospital para evaluar.

Filha: Pero llamé al Fray y hablaran que no tienen ningún equipo que hace la evaluación del paciente en su casa.

Juan: Yo lo que sugiero es que llamen a los otros familiares y lo lleven al hospital por sus propios medios.

Nos despedimos e os familiares permaneceram sem uma solução palpável ou, pelo menos, sem aquela que era desejada por eles. Voltamos para a ambulância e o médico preencheu o Reporte de Servicio de Urgências Médicas colocando os dados dos atendimentos. Na seqüência, o *rescatista* auxiliar informou para a central de rádio do ERUM o nome do paciente, a classificação do caso, “enfermo con cuadro depresivo”, e se ele havia sido encaminhado para algum hospital ou não, nesse caso, a informação foi a de que o paciente permaneceu no local.

Na última fase, apesar da irritação e insatisfação dos filhos de Manuel e da própria esposa em relação às soluções apresentadas pela tripulação do ERUM, o *rescatista* reforçou as orientações já passadas pelo médico e pelo outro *rescatista* durante a terceira fase, sugerindo aos familiares que transportassem o paciente utilizando seus próprios meios. Assim, essa última fase caracterizou-se pela confirmação da decisão já tomada na terceira fase, isto é, a de que não transportariam o paciente e por uma sessão de orientação em que o *rescatista* apresentou para a esposa de Manuel um diagnóstico do quadro do paciente e a forma como ela poderia auxiliá-lo naquele momento.

O atendimento encerrou-se da mesma forma como começou, isto é, através da comunicação entre tripulação e central de rádio, em que o recatista auxiliar informou à central os dados do atendimento e seu desfecho. Dessa forma, essa comunicação marca tanto a entrada quanto a saída da tripulação no tempo do ritual (TAMBIAH, 1985).

### **Análise do *drama social***

O *drama* da família iniciou-se com a quebra das regras de interação, cujo principal motivo foi, segundo os filhos, a agressividade e o nervosismo apresentados pelo pai. O ineditismo da situação, era a primeira vez que o pai apresentava-se daquela forma diante da família, reforçou a percepção de que se tratava de uma crise, de uma situação extraordinária cuja resolução estava fora do alcance do núcleo familiar.

Para a família, a reparação da crise viria com a alteração do comportamento do pai para um estado mais tranqüilo e mais calmo, o que poderia se dar tanto com o seu encaminhamento para uma consulta com o psiquiatra, que pudesse avaliá-lo e medicá-lo, quanto com a aplicação de um calmante pelo médico da própria tripulação. Assim, com essas possibilidades de reparação em mente, a família acionou o ERUM em busca de uma solução.

A fase reparadora iniciou-se com a chegada da tripulação do ERUM à residência da família e a ação começou com a classificação do caso pelo médico, com base nos eventos prévios que levaram à crise, informados pelos membros da família (TURNER, 1985). A primeira atuação do médico foi no sentido de abordar o paciente, entretanto, como não dispunha de um procedimento convencional para lidar com ele, a ação falhou e não surtiu efeito no sentido de alterar o quadro apresentado. O passo seguinte foi acionar o procedimento convencional do Escuadrón para atuar no caso, o qual consistia em não prestar atendimento aos casos reconhecidos como emergência psiquiátrica e orientar os solicitantes a buscarem outras instâncias.

Ainda com base na classificação do evento, o médico alegou que eles não eram os profissionais corretos para dar solução à crise, o que gerou uma falha na ação reparadora (TURNER, 1957). Portanto, o maquinário acionado pela família

não estava capacitado para manejar a crise, de acordo com o que era esperado por ela. Entretanto, a atuação de um dos membros da tripulação, que estava fora do procedimento preconizado pelo Escuadrón para o atendimento a esse tipo de caso, foi capaz de alterar o estado do paciente e deixá-lo mais tranquilo até que os familiares pudessem acionar outros mecanismos reparadores que fossem efetivamente eficazes.

Posteriormente, conversei com o filho de Manuel e ele disse-me que, de fato, levaram o pai por seus próprios meios até o Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez, isto é, a uma outra instância que eles acreditavam poder alterar o estado em que ele se apresentava. Entretanto, de acordo com o filho, o hospital não quis recebê-lo e tampouco fizeram qualquer diagnóstico, orientando-lhes que o encaminhasse ao hospital psiquiátrico do seguro social, já que ele era aposentado pelo Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS), sistema de previdência dos trabalhadores da iniciativa privada. Dessa forma, esse novo mecanismo reparador acionado pela família também não foi eficaz.

Eles resolveram seguir a recomendação dada pelos profissionais do Fray Bernardino e levaram o pai ao hospital psiquiátrico do IMSS. Nesse hospital, após uma consulta, eles também não quiseram interná-lo, conforme desejado pela família, já que, segundo o médico, não se tratava de um problema psiquiátrico, mas de uma alteração nos níveis da glicose no sangue, o que estaria provocando o comportamento apresentado por Manuel. Entretanto, o filho questionou o diagnóstico apresentado pelo médico porque, segundo ele, não foi feito qualquer exame que pudesse comprovar isso.

Assim, certos de que o pai apresentava algum problema relacionado à saúde mental, a família resolveu consultar um médico particular, que veio vê-lo em casa. Segundo o filho, o médico detectou um certo nível de depressão e passou-lhe um medicamento para que ficasse mais calmo e mais tranquilo. Com isso, o filho disse que eles resolveram não levá-lo a nenhuma outra instituição, porque qualquer médico iria dizer-lhes a mesma coisa: que se tratava de uma questão familiar e que a mulher queria interná-lo porque não o suportava mais. Porém, ele afirmou que essa não era a questão, pois todos estavam envolvidos e sofrendo com a situação do pai e somente estavam tentando buscar uma solução. Dessa forma, o filho deixou claro que, de fato, durante essa passagem por supostos

mecanismos de reparação eles estavam buscando uma solução específica que era o internamento do pai, portanto, consideravam que a solução para a crise se daria com a retirada dele do ambiente familiar, isto é, com o cisma. Entretanto, ambos os hospitais acionados disseram que se tratava de problema familiar e que, no fundo, eles estavam querendo livrar-se de Manuel e não aceitaram e nem consideraram as alegações, as solicitações e as necessidades da família.

Nesse caso, apesar de que a solução desejada pela família era o cisma, ela não ocorreu porque dos mecanismos reparadores buscados, ou consultados, não quiseram ou não puderam dar essa solução ao caso. Dessa forma, diante da falta de uma instituição que pudesse prestar o atendimento desejado e buscado pelos familiares, a única alternativa que restava era a reintegração de Manuel ao ambiente familiar, recorrendo para isso ao recurso da medicação para que ele estivesse mais calmo e tranqüilo.

### **Recapitulando – Forma processual do ritual**

A despeito de que o ritual não tenha sido feliz do ponto de vista desejado pela família e na execução de determinados procedimentos, esse atendimento cumpriu determinadas etapas e procedimentos que estão previstos para os atendimentos realizados pelos agentes do ERUM.

Esse ritual tem uma forma processual em que a entrada e saída no tempo do atendimento de emergência são marcadas pela comunicação entre tripulação e central de rádio de dados relativos ao atendimento. Nesse caso, como nos atendimentos prestados pelos bombeiros em Brasília, foi o procedimento classificatório realizado já no local do atendimento que guiou as ações posteriores. O início da terceira fase evidencia a falta de procedimentos dos agentes do ERUM para lidar com o paciente e a subsequente aplicação do único procedimento disponível em relação ao caso, isto é, o não atendimento e o não encaminhamento para uma unidade de saúde, sob a alegação de que o paciente estava agressivo, representava risco para a tripulação, por isso estavam proibidos de transportá-lo.

Quanto a essa explicação, dada pela tripulação aos familiares, é necessário fazer uma ressalva, já que a explicação concedida a mim, pelos agentes do

ERUM, não foi a mesma. Segundo o médico coordenador do turno vespertino, mas também de acordo com outros médicos e *rescatistas* com quem conversei, quando a tripulação da ambulância detecta que se trata de uma pessoa que apresenta uma crise relacionada à saúde mental, eles não podem atender. Isso porque, segundo o médico, nenhum hospital recebe esse tipo de paciente e eles não podem encaminhá-lo para o Hospital Fray Bernardino porque a ambulância permanece retida até que ele seja avaliado e se possa determinar se ficará internado ou não. O problema, conforme o médico, é que o hospital requer, pelo menos, duas horas para realizar essa avaliação. Somente após esse trâmite, a ambulância é liberada para a realização de novos atendimentos. A Norma Oficial Mexicana NOM-020-SSA2-1994 (SECRETARIA DE SALUD, 1994a), que trata da prestação de serviços de atenção médica em unidades móveis tipo ambulância e a Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-1994 (SECRETARIA DE SALUD, 1994b), que trata da prestação de serviços de saúde em unidades de atenção integral hospitalaria médico-psiquiátrica não fazem qualquer menção sobre o transporte de pacientes psiquiátricos em ambulâncias, seja para autorizá-los e regulá-los ou para proibi-los. De modo que a explicação dada pelos agentes do ERUM a mim parece ser mais plausível, do que aquela em que eles alegam estarem proibidos de transportar paciente agressivo.

A terceira fase também é marcada pela atuação do motorista da ambulância que, além de ser *rescatista*, também é psicólogo. Foi com base na sua experiência profissional como psicólogo que o *rescatista* atuou no caso, tentando acalmar o paciente e orientando sua esposa. Com isso, foi possível perceber que esse momento do atendimento foi operado por meio de um mecanismo “técnico-racional”, o conhecimento profissional do *rescatista* em psicologia, em oposição à lógica do ritual (TAMBIAH,1985). É preciso ressaltar que o contexto de uma consulta psicológica também pode ser analisado enquanto um ritual tal como definido por Tambiah. Entretanto, nesse caso, o contexto não pode ser tratado como tal porque não é um procedimento convencional no que diz respeito à atenção prestada pelo ERUM. Isto é, o procedimento não é parte do ritual de atendimento realizado pelo ERUM e nem todos os seus agentes têm treinamento para efetuá-lo da forma como fez o *rescatista*. A quarta fase encerra-se com as

orientações e sugestões sobre os encaminhamentos que podem ser tomados para solucionar o problema que a aflige o grupo.

No curso do processo de classificação foi possível entrever as diversas idéias e estados associados, pelos agentes do ERUM, à percepção da emergência psiquiátrica e à presença de uma *alteração do estado normal da pessoa*. Assim, agressividade, violência, crise, nervoso, sensibilidade, angustia, ansiedade são tomadas pelo médico e pelo paramédico como sintomas para definir o caso como uma emergência psiquiátrica e o paciente, como alguém que apresentava uma *alteração do seu estado normal*. É importante ressaltar que alguns desses estados ou sintomas, percebidos pelos agentes do ERUM como uma perturbação, foram indicados pela família para caracterizar o estado em que seu parente encontrava-se, o qual também era reconhecido por eles como uma perturbação. Outra questão importante é que a família solicitou ao médico a aplicação de um medicamento que pudesse promover uma melhora do (e para o) paciente, indicando que percebia esse estado pela perspectiva da presença de uma alteração orgânica que poderia ser controlada com a administração de um remédio.

Não houve dúvida por parte do médico em relação ao fato de o caso estava ligado a um problema de saúde mental. Entretanto, ele não classificou com base em uma terminologia médica, mas apenas valeu-se dos *índices* relatados pela família para constatar a existência da emergência psiquiátrica. Os estados nomeados pelos familiares – agressividade, violência, depressão, crise, nervoso, angustia, ansiedade – se vistos separadamente podem cada qual compor um tipo de perturbação, entretanto, nesse caso, eles formam um conjunto que é percebido como alterado. Porém nem a família e nem os agentes do ERUM ofereceram uma denominação específica a esse conjunto. De toda forma, pode-se dizer que a presença simultânea da agressividade, do nervosismo, da crise, da angustia forma uma categoria que compõe o leque das perturbações físico-morais manejados tanto pela família como pelos agentes do ERUM.

### **5.3 Evento comunicativo 5 – Os hospitais não recebem embriagados, drogados e agressivos**

#### **Primeira Fase – Preparativos: deslocando...**

Faltava menos uma hora para o término do turno de trabalho da tripulação quando a central de rádio comunicou o endereço de um atendimento e sua classificação: “lesionado em via pública”. Durante a comunicação, o médico anotou o endereço e o motorista encaminhou-se para o local, como se tratavam de ruas conhecidas e próximas ao centro da cidade, não foi necessário recorrer ao mapa. Como não foi fornecido nenhum detalhe sobre o estado do paciente, além da classificação geral do caso, o motorista foi obrigado, como sempre o faz, a imprimir a máxima velocidade à ambulância de forma a chegar no menor tempo possível ao local da solicitação. Dessa forma, o deslocamento da tripulação até o local do atendimento foi a principal ação da tripulação nessa etapa.

#### **Segunda Fase – Classificação: entre o dito e o omitido**

Ao chegar ao local indicado, somente via-se uma roda de pessoas em uma calçada, em torno alguém que não se podia ver. O médico desceu e infiltrou-se na roda, tentando chegar ao seu centro e ver o que estava acontecendo. No centro, sentado no chão, com o rosto ensanguentado, estava um senhor que, embriagado e agressivo, não deixava que ninguém lhe encostasse a mão. As pessoas ao seu redor eram seus familiares, filhos (as), irmãos (as), sobrinhos (as) que estavam tentando, já há algum tempo, levá-lo para um hospital, entretanto ele recusava-se a ir.

O médico aproximou-se, apresentou-se dizendo que era médico e vinha para ajudá-lo. Mesmo assim, o senhor recusou-se a subir à ambulância e continuava impedindo que o tocassem, reagindo agressivamente às tentativas. Até que um de seus parentes o convenceu. Assim que ele subiu, os familiares perguntaram para qual hospital ele seria levado. Dr. Antônio, o médico da tripulação, respondeu que iria examiná-lo para ver se teria a necessidade de

transportá-lo, entretanto, achava que isso não seria possível porque ele estava muito agressivo e nenhum hospital iria recebê-lo nesse estado. Ao responder o questionamento da família sobre o encaminhamento para o hospital, o médico mencionou a principal categoria dentro da qual o senhor foi classificado, isto é, paciente agressivo.

Um outro aspecto importante apresentado pelo paciente, o qual influenciou nos procedimentos subseqüentes foi o estado de embriagues. Posteriormente, conversando com Dr. Antônio e Bernardo, o motorista da ambulância, sobre esse atendimento, o médico emitiu sua opinião dizendo: “puede tomar, pero no deve ponerse agresivo, por eso es que yo odio los borrachos”. E o motorista completou: “yo también odio quien toma tequila, se queda borracho y se pone agresivo”.

A embriagues também era um motivo para não encaminhar o paciente a uma unidade de saúde, entretanto isso não foi mencionado pelo médico aos familiares. Em um outro atendimento observado, ao aproximar-se do paciente, que parecia estar desmaiado na escada de um comércio, Dr. Antônio detectou que ele estava embriagado e apresentava um ferimento na testa. Ele e o *rescatista* procederam à limpeza do ferimento e colocaram pequenas tiras de esparadrapo que funcionavam como pontos para fechar o corte e colocaram algumas gazes fazendo um curativo. Ao término deste procedimento, eles ajeitaram o senhor, que continuava desacordado, sentado em um degrau da escada e o deixaram. Quando a tripulação estava retirando-se do local, foi interpelada por três pessoas, funcionários do hospital que ficava em frente. Eles questionaram por que a tripulação não iria encaminhar o senhor para um hospital. Então, a explicação dada foi que ele estava embriagado. Quando os tripulantes proporcionaram essa informação, os funcionários do hospital disseram, quase em formato de jogral: “ah,está embriagado! Ah,está embriagado! Ah,está embriagado!” Com isso, eles também viraram as costas e entraram no hospital, agindo da mesma forma que a tripulação, isto é, deixando o senhor desacordado na escada do comércio. Esse fato e as conversas que tive com familiares de pacientes do Centro Toxicológico Xochimilco informam que indivíduos em estado de embriagues não são recebidos em unidades de saúde, sejam elas destinadas à população aberta ou aos segurados, a menos que esteja com uma grave lesão e correndo risco de morte. Somente os dois Centros Toxicológicos existentes na Cidade do México recebem

pacientes alcoolizados para tratamento de desintoxicação, entretanto somente se não estiverem agressivos.

Dessa forma, o paciente também foi inserido em uma outra categoria no âmbito do atendimento que, entretanto, não foi mencionada de forma explícita aos seus familiares, a saber: embriagado. Assim, ele não era somente um paciente agressivo, mas um paciente agressivo e embriagado.

### **Terceira Fase – Encaminhamentos: limpeza e avaliação**

Dentro da ambulância, o senhor sentou-se no banco normalmente reservado aos acompanhantes. Eu e o médico permanecemos em pé. O médico pediu-me que o auxiliasse, entregando-lhe o material que necessitasse, inicialmente: gaze e sabão neutro. Passei-lhe o material solicitado. O médico começou a limpar o ferimento. O paciente, inquieto, retirava a mão do médico sempre que ele tentava encostá-la no ferimento para limpá-lo. Assim, o médico pedia: “A ver amigo, como voy a limpiar? Quietos!”, mas o paciente continuava tentando retirar a sua mão, dificultando a limpeza. O médico novamente solicitou ao paciente: “quieto, por favor, amigo, quietos!” Um parente do senhor, que estava próximo, também lhe pediu que permanecesse quieto para que o médico pudesse limpar o ferimento. Contudo, ele insistia em atrapalhar a ação do médico que, já com um tom de voz mais ríspido, pedia-lhe: “Déjame ayudarlo!”

A ambulância, nesse caso, tornou-se o espaço ritual em que se desenvolveu a cena. Assim, torna-se importante assinalar que, além do fato de os profissionais deslocarem-se ao encontro da assistência, eles transportam-se em (ou levam junto consigo) um veículo que tem a possibilidade de transformar-se no espaço de realização do ritual. A performance do médico evidencia uma característica importante da prática médica e da sua ação ritual nos contextos de cura. Nas situações em que é necessário ou o principal profissional do ritual, neste caso o médico, escolhe enfatizar as ações em detrimento do uso das palavras, ele necessita, invariavelmente, de um assistente que o auxilie no desenvolvimento dessa ação. Também é importante destacar que meu estranhamento em relação a esse formato do ritual de cura na biomedicina ocorreu somente quando fui chamada a atuar, isto é, quando participei dele.

O médico estabeleceu uma relação formal e de pouca ou quase nenhuma cordialidade e simpatia com o paciente e, em alguma medida, autoritária (KLEINMAN, 1988). O estabelecimento desse nível de interação entre médico e paciente pode ter sido ocasionado por dois motivos: um deles está relacionado ao processo de classificação e o outro à performance do paciente. No Reporte de Servicio de Urgencias Médicas, o espaço reservado ao diagnóstico foi preenchido pelo médico com a seguinte informação: “dermo escoriación frontal, ébrio agresivo”. Isto significa que, de fato, o médico classificou o paciente como embriagado e agressivo. Ao final do atendimento, o médico explicitou sua absoluta falta de simpatia para com pessoas embriagadas. Conforme Tambiah (1985), a classificação como um sistema de categorias, em primeira instância, descreve o mundo, mas essa descrição usualmente também implica e vincula avaliações, premissas morais, atitudes emocionais as quais são traduzidas como tabus, preferências, prescrições e proscricões. Nesse sentido, a atitude pouco simpática do médico em relação ao paciente pode estar relacionada às premissas morais, nesse caso negativas, que o médico vincula aos embriagados.

Conforme Kleinman (1980), pacientes e curadores são componentes básicos do *sistema de cuidado com a saúde* e estão encaixados em configurações específicas de significados culturais e de relações sociais. Na biomedicina, a relação médico-paciente assume uma configuração específica, em que a este último lhe cabe, como o próprio nome diz, aguardar de forma resignada a ação da qual é objeto. Assim, essa é a postura que se espera de um paciente no contexto da realização de um procedimento médico. Entretanto, essa não foi a performance<sup>126</sup> assumida pelo paciente durante a realização dos procedimentos e isso pode ter causado uma certa irritação ao médico, o que influenciou em sua forma de lidar e interagir com o ele.

Entre as tentativas do médico e as recusas do paciente, um parente acompanhava o atendimento e insistia em saber se ele seria encaminhado para um hospital. O médico, sem dar maiores explicações, somente pedia que aguardassem, pois ainda estava limpando e avaliando o ferimento. Com muita dificuldade, ele conseguiu que o paciente deixasse que o ferimento fosse limpo

---

<sup>126</sup> De acordo com Turner (1985), o “eu” é apresentado através da performance de papéis ou da quebra deles e através de declarar para um dado público uma transformação de seu status.

com uma gaze e sabão. Mesmo após a limpeza, o ferimento ainda sangrava muito e o familiar comentou: “está sangrando mucho”. O médico respondeu que se tratava de um corte acima do supercílio e o sangramento nessa região era normal. O ferimento não era profundo e tinha dois centímetros aproximadamente, informou o médico. Após terminar a limpeza, ele disse que não havia necessidade de encaminhá-lo para um hospital.

Conforme Tambiah (1985), os rituais são amalgamas constituídas tanto por palavras como por ações, em que o discurso é intercalado com a manipulação de objetos, sendo que alguns podem enfatizar o uso das ações e outros das palavras. Nesse caso, a ênfase recai sobre a ação. O uso da palavra é restrito ao médico que a utiliza pouco e de forma redundante. Sua fala restringiu-se a emissão repetida de algumas locuções perlocucionárias (AUSTIN, 1962), as quais tinham a intenção de convencer o paciente a tornar-se tranqüilo, pacífico e dócil durante os procedimentos médicos que, aliás, não surtiram o efeito desejado.

A ação performativa do médico teve como foco não o paciente em sua integralidade biológica e orgânica, mas somente o segmento específico do corpo que apresentava a lesão<sup>127</sup>. A intervenção foi instrumental através da aplicação de substâncias na parte lesionada para limpá-la para proceder à avaliação da sua extensão. O médico concluiu, menos informado pela extensão do ferimento do que por aspectos extra-terapêuticos (KLEINMAN, 1988), tais como o nível de agressividade e o estado de embriagues do paciente, que não seria necessário encaminhá-lo para atendimento em uma unidade de saúde.

#### **Quarta Fase – Encerramento: deliberação**

O médico após limpar o ferimento informou que o paciente estava pronto e os parentes poderiam levá-lo para casa. Os familiares, ainda preocupados, questionaram novamente o médico sobre necessidade de encaminhá-lo ao hospital. Ao que ele respondeu dizendo que se tratava de um corte na testa e não era muito profundo, por isso, não era necessário o encaminhamento e encerrou o

---

<sup>127</sup> Segundo Machado (2002), é corrente o entendimento de que os contatos entre médicos e pacientes estão centrados exclusivamente na área corporal atingida por trauma ou doença. No caso acima analisado, essa centralização na parte afetada pode estar relacionada também ao próprio contexto do contato, isto é, um atendimento de emergência.

atendimento. A família agradeceu, retirando-se do local antes mesmo que a ambulância saísse.

É preciso destacar que a performance do médico esteve em grande medida baseada na realização de um ritual de limpeza. Conforme Douglas (1976), eliminar a sujeira não se trata só de uma tentativa de escapar da doença em função da possibilidade de contágio, mas está principalmente relacionada ao fato de que a sujeira ofende a ordem, de tal forma que eliminá-la é, na verdade, um esforço para reorganizar o ambiente. Assim, a reação à sujeira, segundo a autora, é contínua a outras reações à anomalia, por isso eliminar as impurezas e a sujeira é também uma forma de controlar a anomalia e de reordenar o sistema. Com isso, ao enfatizar sua performance em um ritual de limpeza, o médico realizava uma manipulação simbólica daquela situação que parecia anômala e desordenada no âmbito da vivência daquele grupo. Ele não encaminhou o paciente para outra instância de atenção (ou outra instância ritual), porque, finalmente, além de estar informado pelos aspectos extra-terapêuticos, acreditava na eficácia da limpeza ritual como re-ordenadora da experiência anômala vivida pela família. Mas é importante ressaltar que a crença nessa eficácia não era totalmente partilhada pela família que o questionou sobre a necessidade de outros procedimentos em outras instâncias. Entretanto, o médico aparentemente conseguiu convencê-los de que era isso era desnecessário.

Eu e o médico estávamos guardando o material, reorganizando e limpando a ambulância quando a central de rádio chamou pela tripulação, pois queria encaminhá-la para outro atendimento, o motorista respondeu com a seguinte informação: “estamos laborando com um ébrio por caída”. Após esses procedimentos o médico informou à central os dados do paciente, o endereço e o diagnóstico que consta no Reporte de Servicio de Urgencias Médicas e encaminhamento dado que nesse caso foi: “atendido en el lugar”.

Igualmente aos outros casos, o ritual finalizou-se com a comunicação entre a tripulação e a central de rádio. Ao chegar na central de rádio, para os fins de inclusão na estatística do ERUM, o atendimento é novamente re-classificado como “atencion a enfermos y lesionados en via pública”. De modo que, para os fins de inclusão na estatística, o fator determinante é o encaminhamento ou não do paciente para uma unidade de saúde. Isso porque, entre outras coisas, levá-lo

para o hospital demanda mais tempo gasto pela tripulação para prestar a atenção, já que a entrega do paciente pode despende de 10 minutos até uma hora, conforme pude observar. Outra justificativa é que caso ele não seja segurado do sistema de previdência dos trabalhadores, o encaminhamento deverá ser autorizado por um centro que regula as vagas das unidades de saúde que atende à população aberta, o que conseqüentemente também demanda mais tempo.

### **Análise do *drama social***

A análise da forma processual deste *drama social* será feita com base nos dados proporcionados pelos familiares durante o atendimento feito pela tripulação do ERUM, já que não foi possível realizar um contato posterior. A crise iniciou-se efetivamente pela agressividade apresentada pelo senhor, a qual impossibilitou aos familiares de levá-lo a uma unidade de saúde por seus próprios meios. Aliado a isso está o fato de que o ferimento sangrava muito, gerando preocupação para os familiares que resolveram solicitar o auxílio de emergência do ERUM.

Entretanto, ao solicitar o serviço de emergência a família já tinha em mente o tipo de ação reparadora que desejava, isto é: o encaminhamento de seu parente para uma unidade de saúde. Dessa forma, a fase reparadora iniciou-se com a chegada da tripulação do ERUM ao local solicitado e o subseqüente processo de classificação empreendido pelo médico, que influenciou em sua atuação no caso e em sua decisão de não encaminhar o paciente para uma unidade de saúde. Já na ambulância, o médico desenvolveu a principal ação reparadora para limitar a extensão da crise: o ritual de limpeza do ferimento que, para além do objetivo pragmático de limpá-lo, cumpria também o objetivo simbólico de restabelecer o padrão de ordenamento do grupo que foi abalado com a situação apresentada pelo paciente.

Dessa forma, o maquinário acionado pela família estava capacitado para manejar a crise, entretanto, não conforme o que era esperado por ela. A família não desejava que o mecanismo reparador gerasse um cisma, mas tão somente a possibilidade de que o paciente recebesse atenção médica em uma unidade de saúde, que o recuperaria e o tornaria apto a reintegrar-se ao grupo familiar. Assim, ao que tudo indica, o objetivo simbólico subjacente ao ritual de limpeza foi

cumprido, já que ao término do atendimento o paciente estava mais pacífico, dócil e tranqüilo, tendo seguido com seus familiares para casa. Neste caso, de maneira muito explícita, a medicina, através de seu oficiante, atuou por meio de uma determinada técnica aplicada ao indivíduo para tornar dóceis seu corpo e sua mente (FOUCAULT, 1977 e 1998).

### **Recapitulando – Forma processual do ritual**

É necessário destacar que a performance ritual do médico esteve informada por premissas morais. Durante a realização do ritual e após o término, foi possível observar os valores depreciativos<sup>128</sup> associados pela tripulação em relação aos indivíduos alcoolizados, bem como à presença do comportamento agressivo, gerada pelo consumo do álcool. Também foi possível observar que o alcoolismo não é compreendido pela perspectiva da doença, e quando associado à agressividade é considerado como uma perturbação moral, já que, para os agentes do ERUM, afeta eminentemente a vida moral do sujeito em detrimento da corporalidade física. A família não percebeu esse estado como irregular ou anormal, finalmente como uma perturbação, isto é, não era o estado alcoolizado e agressivo do seu parente que os movia na busca de auxílio de emergência, mas o fato que ele apresentava um ferimento. Obviamente foi porque ele estava agressivo que eles não conseguiram levá-lo para o hospital, por isso, solicitaram a presença da ambulância, mas o fim último da busca por auxílio era o tratamento do ferimento, e não o alcoolismo associado à agressão. Dessa forma, os agentes do ERUM perceberam o caso somente como uma perturbação moral e a família nem como uma perturbação o percebeu.

Conforme também ocorreu no evento 4, os médicos – e também paramédicos – controlaram o processo de classificação, de tal forma que há um predomínio das categorias manejadas pelas instituições em detrimento das classificações e concepções sobre o episódio de doença e seu tratamento

---

<sup>128</sup> Segundo Pulido-Esteva (2004), na virada do século XIX para o XX, período de influência do alienismo francês no México, o alcoolismo foi visto não só como causa de um estado de loucura temporal, mas também como uma praga que explicava a origem de condutas desviantes, pois era associado com a existência de um espaço de depravação, de sujeira e de escassa moralidade. Associações que, em alguma medida, ainda estão presentes na percepção dos agentes do ERUM em relação ao paciente.

manejados pelas famílias (LEWIS, 1981). Assim, os episódios ou estados que são considerados como doenças pelos familiares, necessitam ser reconhecidos como tais também pelos agentes que prestam a atenção, os quais devem, igualmente, ter procedimentos convencionais para lidar com o caso.

Outro aspecto que deve ser mencionado diz respeito à possibilidade de que exista um mecanismo “técnico-racional”, em oposição à lógica ritual, conforme alerta Tambiah (1985). Nesse sentido, o procedimento e diagnóstico realizado pelo médico pode ser configurado como mecanismo técnico-racional, entretanto, ele não se opõe à lógica ritual, porque subjacente a ele há também um processo de manipulação simbólica da situação com vistas a um re-ordenamento.

#### **5.4 Evento comunicativo 6 – Devolvendo o “problema” para a família**

##### **Primeira Fase – Preparativos: entrada no tempo e no espaço do ritual**

O Módulo de Salud Mental e todo Centro de Salud Dr. Gustavo Roberoza Perez fecha às 16 horas. Entretanto, a partir das treze horas, horário em que as crianças saem das escolas e antecede o horário de almoço, das 14 às 16 horas, o movimento de pacientes, de psiquiatras e psicólogos no Módulo começa a diminuir. Nesse dia, já eram quase 14 horas e a movimentação, de fato, já era menor. A psiquiatra estava atendendo uma mãe e seus dois filhos, na própria recepção, cujo espaço é maior e mais arejado que seu consultório.

Enquanto a psiquiatra ainda realizava essa consulta, um rapaz abriu a porta. Ele colocou metade de seu corpo para dentro, sem entrar totalmente na sala, e disse que precisava de uma consulta com o neurologista porque a última consulta do seu pai havia sido há uns 40 dias. A médica perguntou do que se tratava. O rapaz disse: “dicen que es esquizofrênico, por eso venimos”. Ela perguntou o nome do paciente e anotou no livro de consultas, pedindo-lhe que aguardasse enquanto ela terminava a consulta que estava fazendo. Após cinco minutos, ela finalizou a consulta e pediu ao rapaz e seu pai que entrassem na recepção. Ela apresentou-nos dizendo que eu era uma pesquisadora brasileira e

pediu-lhes a permissão para que eu pudesse observar a consulta, ao que eles não se opuseram.

Nessa etapa, a principal ação desenvolvida foi o recebimento e a acolhida do paciente e do familiar pela unidade de saúde. A psiquiatra é a única oficiante do ritual e tanto o recebimento inicial e a acolhida subsequente são realizados por ela. A entrada no tempo ritual também ocorre somente na medida em que ela, por meio do uso de palavras, permite a entrada da assistência no espaço ritual (TAMBIAH, 1985). Isso indica uma importante característica do ritual: a) há um espaço específico em que ele ocorre; b) é a assistência que se dirige até o local em que ele se desenvolverá e c) o oficiante é quem determina o início do ritual quando, através de um *ato performativo ilocucionário*<sup>129</sup> (AUSTIN, 1962), permite/ordena a entrada da assistência no espaço ritual.

### **Segunda Fase – Classificação: autocaracterização e (des)classificação**

Após as apresentações, a psiquiatra pediu ao acompanhante, o filho, que se retirasse para que ela pudesse conversar com o paciente. O filho saiu. Ela perguntou ao senhor o que estava acontecendo:

Paciente: es que soy esquizofrênico, tengo alucinaciones y miedo, veo imágenes espirituales.

Psiquiatra: ¿Qué ve?

Paciente: Veo santos y una luz azul, pero el médico del Instituto Neurológico, me dijo que para no poner atención en eso, para ignorar esas imágenes. Solamente me pongo calmo si me acuesto un rato. Es la tercera vez que siento eso. La primera fue en 2000.

Psiquiatra: ¿Cuándo eso empezó?

Paciente: Todo empezó cuando mi mujer me abandonó porque yo era un 'borracho'. Ella empezó a trabajar y encontró otra persona. Pero las cosas se pusieron peor porque yo tengo miopía grave y ya veo muy poco.

---

<sup>129</sup> Para uma definição de *ato performativo ilocucionário*, consulte: capítulo 3, p.77.

Psiquiatra: ¿Cuál es el motivo de la consulta?

Paciente: Es que mi próxima consulta en el Instituto Neurológico está lejos y hago tratamiento con el director aquí del centro de salud, entonces, él me pidió para pasar con ustedes aquí en el módulo de salud. Empezaron las alucinaciones y yo me deprimó mucho por el hecho de que no puedo ver, ya no puedo trabajar, ya no tengo dinero para mi medicamento y por eso tuve que bajar la dosis del remedio.

Psiquiatra: ¿Cuál el medicamento que está tomando?

Paciente: Es el clonazepan y pernefacina, desde 2000.

Psiquiatra: ¿Cuándo fue su última consulta?

Paciente: En 19 de abril.

Psiquiatra: ¿Consume algún tipo de droga o alcohol?

Paciente: No, recientemente no.

Psiquiatra: ¿Fuma?

Paciente: Si.

Psiquiatra: ¿Cuántos cigarros fuma al día?

Paciente: Una cartera al día, por la ansiedad. Es que solamente recibo una beca de obrador de \$650,00 pesos<sup>130</sup>, y no puedo trabajar por eso me deprimó<sup>131</sup> y por eso también es que he bajado la dosis del medicamento en abril.

Psiquiatra: ¿En ese momento está alucinando?

Paciente: Si.

Psiquiatra: ¿Qué ve?

Paciente: Veo veladoras y también veo la luz azul. Pero mi médico me orientó que las ignore.

Psiquiatra: ¿Cómo están sus ganas de vivir?

Paciente: A veces ya no tengo más ganas de vivir porque siento que soy una carga<sup>132</sup>.

---

<sup>130</sup> Cerca de U\$ 65,00 dólares.

<sup>131</sup> De acordo com Foucault (1977 e 1978), o indivíduo classificado como doente mental enfrenta determinados procedimentos de exclusão, na medida em que não cumpri com um padrão de produtividade e disciplina associados à valoração positiva de um indivíduo na sociedade ocidental. De forma que o paciente, na medida em que se afasta desse padrão, sente essa exclusão e, por isso, deprime-se.

<sup>132</sup> Salcedo-Gómez (2002), analisando a construção social da doença mental em pacientes com diagnóstico de esquizofrenia e em seus familiares, indicou que quase todos os pacientes que participaram do estudo indicaram que um dos principais problemas enfrentados na relação familiar

O paciente começa a chorar. A psiquiatra continua a consulta.

Psiquiatra: ¿Qué le causa tristeza?

Paciente: Tengo miedo de quedarme ciego. Me gustaría estar al lado de mi hijo para ayudarlo, me gustaría trabajar para ayudarlo económicamente.

Psiquiatra: ¿Ha intentado suicidarse alguna vez?

Paciente: Si, pero ya hace mucho tiempo, fue cuando yo era joven, yo por el problema de las vistas.

Psiquiatra: ¿Cuántas veces ha intentado?

Paciente: Tres veces.

Psiquiatra: ¿ Y cómo fue, qué ha hecho?

Paciente: En la primera vez intenté ahorcarme, amarrando y salté en un pozo de donde sacaban agua.

Psiquiatra: Y qué pasó?

Paciente: Un hermano mío vio y me salvó, me sacando del pozo.

Psiquiatra: ¿Cuántos años tenia?

Paciente: 16.

Psiquiatra: ¿Y porque intentó matarse?

Paciente: Estaba enojado por una pelea con mi hermana. La segunda vez también fue por un enojo.

Psiquiatra: ¿Realmente queria morir?

Paciente: Si.

Psiquiatra: ¿Y la tercera vez?

Paciente: Fue cuando mi esposa me dejo. Yo bebí cerveza, tequila, consumí cocaína y marihuana. Entonces, yo dije a mi hijo y a mi mujer que se fueron de la casa porque quería morir. Pero en el otro día me desesperé porque me vi solo. Yo pido a Dios y a

---

estava relacionado ao fato que eles não conseguiam ser auto-suficientes economicamente e suas famílias gastavam muito do recurso financeiro de que dispunham na compra do medicamento, o que os fazia se sentirem como uma carga para a família.

la Santa Muerte<sup>133</sup> para que amanezca muerto. Me siento un estorbo para mi hijo.

---

<sup>133</sup> A Santa Muerte é um culto contemporâneo, surgiu por volta de 1965. Similar a um santo católico, sua imagem é reverenciada através de uma estátua, um esqueleto coberto por vestido/manto, em geral, vermelho ou preto, mas pode ser também branco, verde, roxo. O vestido/manto cobre todo o esqueleto, de forma que somente ficam à mostra a caveira, os ossos das mãos e dos pés, às vezes pode trazer anéis de prata e ouro, ofertados por seus adeptos e uma foice. Seu altar, muitos deles montados nas ruas assim como aqueles feitos para reverenciar a Virgem de Guadalupe, traz estátuas que vão de 15 centímetros até as de tamanho humano medindo 1,70 metros, os quais estão sempre repletos de oferendas, tais como: flores, vela de várias cores, frutas, incensos, tequila, moedas, doces, charutos e pães. A Santa Muerte também é carinhosamente chamada, pelos seus seguidores, como *La Comadre* ou *La Bonita*. Seus adeptos lhe pedem milagres que vão desde problemas ligados à saúde, amor e trabalho até mortes e vinganças. Inicialmente sua devoção era exclusiva de traficantes, ladrões, seqüestradores, contrabandistas, motivo pelo qual muitos mexicanos associam o culto ao mundo do crime. Entretanto, hoje a Santa Muerte tem devotos entre a população em geral, inclusive católicos, mas também entre aqueles que são representantes da lei, tais como policiais, militares, entre os paramédicos, já que em uma das ambulâncias do ERUM em que “corri” havia uma pequena imagem, em papel, da Santa Muerte. Apesar de contemporâneo, os historiadores remontam sua origem a três mil anos atrás, no período préhispanico. A colonização espanhola condenou o culto, de forma que ele permaneceu oculto até o século XIX. O que não é muito diferente do que está acontecendo agora, já que em maio de 2005 a Secretaria de Gubernación de México cancelou o registro da Igreja Católica Tradicional México-Estados Unidos, que cultua a Santa Muerte. A Igreja Católica condena a veneração, denominado-a como “pecaminosa” e “equivocada”. Entretanto, cultuar a morte, de fato, faz parte da cultura mexicana. Morte e vida são contrário e complemento. Trata-se de uma outra forma de se relacionar com morte que não pode ser compreendida nem pelos espanhóis, nem pela Igreja Católica, como ainda hoje continuam não compreendendo, ou fingindo que não compreendem. Octávio Paz (2004[1950]) é quem, de forma generosa, arguta e através de um exercício de *comparação elucidativa* (CARDOSO DE OLIVEIRA, 2000, p. 39) nos leva a compreensão da relação dos mexicanos com a morte:

“Para los mexicanos la oposición entre muerte y vida no era tan absoluta como para nosotros. La vida se prolonga en la muerte. Y a la inversa. La muerte no era el fin natural de la vida, sino fase de un ciclo infinito. Vida, muerte y resurrección eran estadios de un proceso cósmico, que se repetía insaciable. La vida no tenía función más alta que desembocar en la muerte, su contrario y complemento; ya la muerte, a su vez, no era un fin en sí; el hombre alimentaba con su muerte la voracidad de la vida, siempre insatisfecha” (2004 [1950], p.59).

[...]

“También para el mexicano moderno la muerte carece de significación. Ha dejado de ser tránsito de acceso a otra vida más vida que la nuestra. Pero intrascendencia de la muerte no nos lleva a eliminarla de nuestra vida diaria. Para el habitante de Nueva York, París o Londres, la muerte es la palabra que jamás se pronuncia porque quema los labios. El mexicano, en cambio, la frecuente, la burla, la acaricia, duerme con ella, la festeja, es uno de sus juguetes favoritos y su amor permanente. Ciertamente, en su actitud hay quizá tanto miedo como en la de los otros; mas al menos no se esconde ni la esconde; la contempla cara a cara con impaciencia, desdén o ironía: ‘si me han de matar mañana, que me maten de una vez’ (2004 [1950], p.59).

Nessa etapa, o paciente procedeu a um processo de *self characterization*, cujo principal traço residiu em construir-se como um esquizofrênico, isto é, como alguém que já foi previamente classificado pelo saber médico-psiquiátrico. Com isso, o paciente estabeleceu as bases em que se desenvolveria aquele evento, ou seja, não se tratava de uma consulta para diagnosticar uma doença mental, no máximo, para confirmá-la. De forma que o principal objetivo da consulta, explicitado no âmbito do processo de *self characterization*, era a obtenção de tratamento, mais especificamente de remédios (antipsicóticos), já que não dispunha de recursos financeiros para comprá-los, pois não podia trabalhar.

A médica, por sua vez, não dispensou o procedimento classificatório e procedeu a um estudo médico dos sintomas/*índices*<sup>134</sup> (PEIRCE, 2000). Na consulta, a psiquiatra buscou, através de um processo interrogativo, (KLEINMAN, 1988) o qual seguiu um roteiro, obter *índices* que pudessem subsidiar o processo de classificação do problema apresentado ou, para falar em termos médicos, para subsidiar o diagnóstico.

A psiquiatra continuou seu diálogo interrogativo com o paciente:

Psiquiatra: ¿Ahora tiene alguna idea suicida?

Paciente: No, pero a veces siento que un auto puede venir y atropellarme.

Psiquiatra: ¿Con quién vive?

Paciente: Vivo con mi hijo y hay algunos familiares que también viven cerca. Recibo una ayuda de mi madre y mi abuelo, porque recibo una beca de apenas 650,00 pesos.

Psiquiatra: ¿Si usted muere por suicidio, que pasaría?

Paciente: No seria un buen ejemplo para mi hijo.

Psiquiatra: ¿Qué piensa?

Paciente: Que mi hijo buscará una forma de seguir, me siento una carga para él, viejo, enfermo. Si no estoy, él va a sufrir por un tiempo, mas luego él seguirá adelante.

---

<sup>134</sup> Sobre a relação estabelecida por Jakobson (2001) entre o estudo semiológico dos sintomas e a semiótica de Peirce, consulte: capítulo 3, p.81, nota 59, e para uma definição de *índice*, consulte: capítulo 3, p.78, nota 55.

A psiquiatra voltou a fazer a mesma pergunta:

Psiquiatra: ¿Si muere por suicidio, qué pasaría?

Paciente: Mi madre es cardíaca y podría sufrir un paro cardíaco.

Psiquiatra: Señor, no puede morir porque quizá su hijo podría volverse alcohólico o drogadito, por pena. ¿Cómo cree que daña a su hijo?

Paciente: Porque me ve enfermo.

Psiquiatra: ¿Toma antidepresivo?

Paciente: ¿Qué es eso?

Psiquiatra: Medicamento para tristeza, depresión.

Houve um breve silêncio e a médica seguiu dizendo:

Psiquiatra: Lo veo profundamente deprimido, eso es tristeza grave. Posiblemente, usted tiene esquizofrenia.

Paciente: Si, tengo.

Psiquiatra: Probablemente porque no conozco su historia clínica, pero creo que tiene algo fuerte y usted necesita tomar medicamento para tristeza. Sé que está con problema de dinero. Por el programa de gratuidad le doy la receta para que mejore su animo. Le aseguro que no esta causando daño a su hijo, pero si comete suicidio, si. Si usted tiene fuerte idea suicida tendré que internarlo.

Paciente: No, yo solamente pido a Dios que yo no amanezca, pero también le pido que me saque esas ideas.

Psiquiatra: Pare de sufrir. Señor tiene que empezar a aceptar su enfermedad. Solamente toca al de 'cima' saber cuando vamos a morir. ¿Piensas que puede desarrollar pequeños trabajos?

Paciente: En casa yo arreglo y limpio la casa, tengo el deseo de hacer algo, pero como no veo no logro hacer los trabajos manuales propuestos por el DIF, pero si deseo hacer algo.

Psiquiatra: ¿Hay más alguna cosa que quiera decir?

Paciente: Cuando se fue mi esposa, mi hijo quería que volviéramos. Entonces yo perdoné la traición y nos vemos a cada domingo, pero adentro de mi quedó la desconfianza.

Psiquiatra: Llame a su familiar, por favor.

A psiquiatra, ao falar de um diagnóstico ou de uma classificação possível para os sintomas apresentados, não confirmou a classificação que já havia sido informada pelo paciente, utilizando-se de termos como “tristeza grave” e “algo fuerte” para referir-se ao que já havia sido anteriormente classificado como esquizofrenia. Com essa atitude, pode ser que a psiquiatra estivesse tentando neutralizar a associação negativa que se faz em relação à esquizofrenia de forma particular, e à doença mental de uma forma geral (LEWIS, 1981), entretanto, dessa forma, também negou ao paciente o direito a um diagnóstico. É provável que, ao usar tais termos, ela estivesse tentando amenizar a simbologia negativa contida em um diagnóstico de esquizofrenia, sobretudo porque o paciente trazia um sofrimento moral muito grande em função de que não podia trabalhar e por isso sentia-se inútil e envergonhado, principalmente, diante do filho.

A psiquiatra estabeleceu com o paciente uma relação formal – sobretudo porque o contato e a interação ocorreram pela via do sistema público de saúde, o qual impõe um determinado formato às consultas –, mas numa perspectiva de cordialidade e apoio em relação ao problema relatado pelo paciente (KLEINMAN, 1988). A principal forma de comunicação utilizada no âmbito da consulta, pela psiquiatra, foi a palavra. Dessa forma, este é um ritual que Tambiah (1985) designa como os casos extremos, isto é, aqueles rituais que são performados unicamente com palavras ou unicamente com ações. O modo de comunicação (KLEINMAN, 1988) adotado pela psiquiatra para dirigir-se ao paciente enfatizou o aspecto interrogativo como forma de obter sintomas/*índices* para realizar a classificação do evento. Entretanto, esse modo de comunicação também adquiriu uma dimensão performativa (TAMBIAH, 1985 e AUSTIN, 1962) na medida que a médica, por intermédio de questionamentos, conduziu o paciente a conscientizar-se das conseqüências de um ato suicida, fazendo-o ver-se como alguém valioso para seu filho e sua família, tentando dissuadí-lo de possíveis idéias suicidas. A esse procedimento a médica denominou de *contención*, isto é, através do uso de

palavras ela buscou alterar o estado de ânimo do paciente, bem como alterar seu pensamento. Em termos de um processo ritual, esse procedimento pode ser compreendido como uma manipulação simbólica em que o oficiante, por meio de um discurso, feitiço, oração, música e etc, promoveu a transferência de determinadas propriedades, atributos e qualidades para o recipiente (TAMBIAH, 1985). Neste caso, tratava-se de tentar inculcar no paciente maior auto-estima e melhor ânimo. Assim, o principal procedimento utilizado pela psiquiatra foi manipulação simbólica com o propósito de realizar uma transferência de determinados valores, atributos e qualidades para o paciente.

O modelo explicativo adotado pela médica para lidar com o episódio relatado pelo paciente é explícito e realizado com base em seu saber técnico especializado. Em um determinado momento, por exemplo, o paciente não conseguiu compreender a pergunta feita pela psiquiatra, e ela teve que traduzir usando outro vocabulário. Como tratava-se de um interrogatório entre o oficiante e a assistência, as palavras ditas e não entendidas (TAMBIAH, 1985) acabam por causar falha na comunicação. Entretanto, não se pode dizer que o paciente ignorasse o sistema classificatório especializado, pois já havia tido um contato anterior com um psiquiatra, que lhe diagnosticou como esquizofrênico e prestou-lhe informações sobre como lidar com a esquizofrenia.

### **Terceira Fase – Encaminhamentos: a devolução para a família**

O filho entrou na recepção novamente e a psiquiatra iniciou o diálogo dizendo:

Psiquiatra: ¿Ya sabe que su papa está deprimido?

Filho: Si.

Psiquiatra: ¿Por qué?

Filho: Creo que se siente inútil.

Psiquiatra: Él tiene dos problemas graves: la pérdida progresiva de las vistas y la falta de dinero. ¿Sobre el dinero que piensa en hacer?

Filho: No lo sé, se necesita básicamente para él.

Psiquiatra: Es real que su padre está en grave crisis económica y que necesita estudiar y él tener los remedios. ¿Ante esa situación que piensa en hacer?

Filho: Yo estoy buscando una universidad pública.

Psiquiatra: ¿Y dinero, cómo va hacer? Ya no es más un niño tiene 19 años. ¿Qué va hacer?

Filho: Pues... a buscar un empleo.

Psiquiatra: Un empleo que te enseñe y te aporte para los gastos, libros y el remedio de su padre. ¿Qué piensa en aprender?

Filho: No lo sé.

Psiquiatra: Yo siempre he trabajado y estudiado. El chico que lava mi auto estudia medicina. Su casa falta dinero y tu tiene que tomar decisiones, su padre no puede seguir reduciendo la dosis del medicamento y teniendo crisis. Aquí hay un taller de corte de pelo, usted puede ir a la casa de las personas a cortarles el pelo, puede vender jugos a los sábados, lavar autos. ¿Usted no tiene deseo de tener una novia?

Filho: Sí, pero él [o pai] es muy posesivo.

Psiquiatra: ¿Cómo va invitar su novia para un refresco? Ahora ya es hora de trabajar. Es mejor salir de dejar su padre solo en casa, pero con comida. Usted es un hombre, ya es tiempo de ganar dinero, de ejercer su derecho de ser independiente, de tener dinero para su casa, para usted y para su novia. Puedo pasar un antidepresivo, pero si ustedes no tienen dinero para comprar...

A psiquiatra de voltou para o paciente e disse:

Psiquiatra: Señor, el mejor antidepresivo es la ocupación. Pueden tener un perro para él. Hay una asociación que los entrena y los dona. Mire en Internet. ¿Maneja Internet?

Filho: Sí.

Psiquiatra: Entonces, busque esa asociación en Internet. Señor puede salir para que yo platique tantito con su hijo.

O pai retirou-se. Permanecemos eu, a psiquiatra e o familiar na recepção. Ela seguiu interrogando familiar e apresentando sugestões, que considerou serem capazes de solucionar a situação:

Psiquiatra: ¿ Sabe que es esquizofrenia?

Filho: Si, yo leí, estoy leyendo sobre los síntomas, es un trastorno neuroquímico por lo que yo leí.

Psiquiatra: ¿Por qué es tan teórico?

Filho: Porque me gusta leer.

Psiquiatra: Es una enfermedad crónica, no hay cura, es degenerativa. A unos pacientes les causa daño más que a otros. Su padre ha tenido tres intentos suicidas, 15% de los pacientes esquizofrenicos que intentan suicidio, logran. Él está con mucho riesgo de suicidar-se porque está muy enfermo, porque se siente un estorbo, y eso tiene una base real porque la persona ya no es más produtiva. ¿Cuándo estás en la escuela no hay nadie que se quede con él? ¿Qué puedes hacer?

Filho: Mi familia es vergonzosa, yo necesito volverlo más independiente.

Psiquiatra: Y usted también debe independizarse. Lo que te digo es para que arregle un empleo, que ya no dependa más de él, ya tiene 19 años, ya es un hombre.

Filho: Yo quise trabajar, pero porque soy hijo único, ellos no quisieron dejar.

Psiquiatra: No te ayudan, te súper protegen!

Filho: Sí, me súper protegen.

Psiquiatra: Haga algo por ti y por su padre, él no puede volver a trabajar, entonces, tu tendrás que hacerlo.

A psiquiatra re-iniciou o diálogo tratando exatamente da classificação médico-psiquiátrica na qual o paciente estava inserido. O que significa que, de fato, ela não estava em dúvida quanto à classificação, senão que não quis informá-la ao paciente, supostamente para protegê-lo e poupá-lo. Mas é preciso questionar o que está informando esse sentimento de proteção em relação ao paciente, na medida em que ele consiste em negar ao sujeito uma informação que

é crucial para o agenciamento e gerenciamento da sua vida. Ao informar o filho sobre o diagnóstico e sugerir-lhe, ou melhor, cobrar-lhe atitudes para a resolução da situação e não informar o paciente, a psiquiatra estava explicitando seu descrédito na capacidade deste último em lidar com essa informação e gerenciar sua vida no contexto de um diagnóstico de esquizofrenia. Com essa atitude, a psiquiatra informou a percepção que tem dos pacientes classificados como esquizofrênicos, isto é, são sujeitos sem autonomia e incapazes de viver de forma autônoma com esse diagnóstico.

A relação estabelecida com o familiar foi formal como no caso do paciente, entretanto, não obedeceu ao mesmo nível de simpatia, apoio e cordialidade conforme ocorreu com este último (KLEINMAN, 1988). Diante do familiar a psiquiatra assumiu um discurso que não estava baseado no conhecimento biomédico e sua pretensa objetividade, mas sim em sua moralidade pessoal e utilizando sua trajetória de vida como um exemplo que poderia (ou deveria) ser seguido pelo jovem, algo que Kleinman (1988) denominou como uso de testemunho pessoal por parte de curador com o objetivo de gerar uma mudança de conduta no paciente. Ao familiar não restou outra alternativa senão submeter-se ao discurso e ao interrogatório da psiquiatra que também lhe demandou confissões sobre suas intenções quanto à vida profissional e empregatícia. Com base em tais informações, ela construiu uma caracterização (CRAPANZANO, 1992) do rapaz como um indivíduo acomodado, que estava fugindo de suas responsabilidades, conforme ela indicou no dia seguinte em uma conversa que tivemos.

Assim, o principal procedimento adotado pela psiquiatra no sentido de resolver a crise foi igual ao empreendido com o paciente. Isto é, a realização de uma manipulação simbólica em que o oficiante, por meio do uso de palavras, promove a transferência de determinadas propriedades, atributos e qualidades para o recipiente (TAMBIAH, 1985). De modo que, através de dizer algo, a psiquiatra buscava convencer o filho a arrumar um emprego para obter recursos financeiros e comprar os remédios necessários, da mesma forma em que tentou persuadir o pai a não cometer suicídio e procurou induzi-lo a melhorar seu ânimo, realizando o que Austin (1962) denominou como *ato performativo*

*perlocucionário*<sup>135</sup>. Nesse sentido, a repetição do formato indica que tal procedimento é convencional no que diz respeito à pragmática da atenção prestada pela psiquiatra. Dessa maneira, a intervenção realizada pela médica é eminentemente simbólica e o principal mecanismo utilizado é o processo de transferência.

Ao explicar para o familiar a situação apresentada por seu pai, isto é, a classificação do problema apresentado por ele, a médica usou um modelo explicativo explícito e técnico. Nesse contexto, há um fato importante que é o domínio do familiar sobre a classificação especializada, o qual foi adquirido através de leituras. Esse domínio pareceu incomodar a psiquiatra que o caracterizou como *teórico*, na medida em que ele conseguiu responder, de acordo com a classificação e o idioma psiquiátrico, a pergunta feita por ela.

O foco do tratamento (KLEINMAN, 1988) ou da ação ritual empreendida pela psiquiatra não incluía só o paciente, mas também a família, buscando tratar não somente aquele episódio de doença, mas levando em consideração o padecimento vivido pelo ele, isto é, a forma como experimentou (ou experimenta) a doença, bem como seu contexto social geral (FRANKENBERG, 2003).

#### **Quarta Fase - Encerramento: a retirada do espaço e do tempo do ritual**

A médica calou-se e preencheu o receituário médico com os medicamentos que deveriam ser tomados pelo paciente. Após o preenchimento, o entregou ao filho, explicando-lhe que havia aumentado a dose do antipsicótico e iniciado o antidepressivo. Este último poderia ser obtido, gratuitamente, através do *Programa de gratuidad* do governo do Distrito Federal. Dito isso, ela despediu-se de ambos: “Hasta logo, que les vaia bien”, permitindo, através da realização deste *ato ilocucionário* (AUSTIN, 1962), a retirada do paciente e seu familiar do espaço e do tempo do ritual.

Essa etapa foi a única vez em que a performance da psiquiatra não enfatizou o uso da palavra, o meio de comunicação privilegiado foi linguagem referencial na forma escrita. O encerramento ocorreu com a prescrição do

---

<sup>135</sup> Para uma definição de *ato performativo perlocucionário*, consulte: capítulo 3, p. 83, nota 60.

tratamento, por escrito, em que a oficiante do ritual não abriu espaço para o questionamento e negociação do paciente e seu familiar sobre o receituário proposto. Dessa forma, a adesão ao tratamento é compulsória, ainda que os aspectos extraterapêuticos houvessem indicado dificuldade na obtenção do medicamento, em função da falta de recursos financeiros.

### ***Análise do drama social***

Há uma característica importante no que diz respeito à situação de crise que se instalou na família e que a diferenciou das situações ocorridas nos demais casos. Nos outros casos analisados, tanto os ocorridos em Brasília quanto na Cidade do México, a crise instalou-se pela quebra ou ruptura de uma norma que governava as interações sociais, o que a fez irromper. Dessa forma, a crise surgiu por um acontecimento crítico, repentino, o qual instalou-se em questão de poucas horas. Entretanto, no caso acima analisado, não houve um evento crítico que sinalizasse a abertura da crise, mas vários fatores foram agregando-se e intensificando-se com o passar do tempo, de maneira que a crise instalou-se de forma progressiva.

A primeira fase, neste caso, não compreendeu o descumprimento ou a quebra de uma regra que regula o intercurso social, mas uma série de fatores cuja ocorrência foi intensificando-se e, juntos, instalaram a crise. Segundo o filho do paciente, o quadro de depressão do pai havia se agravado nas duas últimas semanas e ele já não queria mais sair de casa; há quase uma semana, praticamente, havia deixado de alimentar-se; além disso, houve um aumento no nível da agressividade; ultimamente, todo ruído o perturbava e por isso queria brigar com os vizinhos e com os familiares, os quais moravam no mesmo lote, por causa do barulho. Dessa forma, houve uma intensificação de determinados fatores, o que gerou um agravamento gradual da situação, instalando um quadro que foi reconhecido pelo familiar como uma crise: “antes eran más episodios, pero ahora está continuo, ya dura tres meses que él está deprimido y su agresividad viene aumentando, por eso, yo pienso que ya es una crisis”, disse o filho.

Na segunda fase, quando a crise já está instalada, ocorre o posicionamento dos membros do grupo diante da situação. Neste caso, o primeiro posicionamento

do familiar foi reconhecer um quadro de crise instalado e, na seqüência, a necessidade de buscar uma instância reparadora capaz prestar-lhes auxílio. Nesse contexto, foi possível visualizar o itinerário terapêutico<sup>136</sup> percorrido pela família na busca de tais recursos. O primeiro local ao qual o filho recorreu foi o Instituto Neurológico, onde o pai faz tratamento desde 2000, para tentar conseguir uma consulta de emergência com o psiquiatra que o atende. Entretanto, este estava em férias e o senhor não quis consultar com outro psiquiatra porque tinha medo que quisessem interná-lo, segundo explicitou o filho: “él tiene miedo de todo allá, pero principalmente tiene miedo de quedarse internado”. Dessa forma, o filho, pressionado pelo pai, decidiu buscar um outro espaço em que eles pudessem obter uma consulta de emergência, sem que existisse a possibilidade da internação. Por isso, encaminharam-se ao Módulo de Salud Mental do Centro de Salud Dr. Gustavo Roberoza Perez, onde o senhor já consultava-se com o diretor do Centro, o qual lhe havia recomendado que fizesse uma consulta específica com uma das psiquiatras do Módulo. Isto é, eles já tinham um conhecimento prévio de que, naquele espaço, poderiam obter a consulta sem que houvesse o risco de um internamento.

A ação reparadora consistiu, basicamente, em dois procedimentos os quais foram desenvolvidos pela psiquiatra. O primeiro deles foi direcionado ao paciente, que a médica denominou de *contención*, cuja ação utilizou-se do uso de palavras para buscar alterar o estado de ânimo do paciente, bem como alterar seu pensamento no que diz respeito à presença de idéias suicidas. Isto é, através daquilo que denominou de *contención*, a oficiante empreendeu uma manipulação simbólica em que, por meio de um discurso, promoveu a transferência de determinadas propriedades, atributos e qualidades para o paciente. O outro procedimento esteve direcionado ao familiar. A oficiante buscou, por meio do mesmo procedimento utilizado com o paciente, inculcar no familiar a idéia de que ele era o responsável por retirar seu parente da situação de crise e que deveria

---

<sup>136</sup> O itinerário terapêutico designa um conjunto de planos e estratégias voltadas para o processo de cura, embora ele não seja, necessariamente, produto de um plano esquematizado e pré-determinado (ALVES; SOUZA, 1999). Conforme Rabelo (1999), é preciso considerar que o tempo da doença – principalmente a doença mental – é um tempo social, é parte e produto de uma conjunção de situações e relações. Segundo a autora, as narrativas sobre doença mental indicam que a família é o contexto social mais relevante no que diz respeito ao *locus* do cuidado com o doente e à tomada de decisões e estratégias.

buscar um emprego para obter recursos financeiros e comprar o medicamento que o pai necessitava.

Assim, a ação recuperadora esteve voltada para a alteração do estado do paciente e do familiar, de tal forma que a oficiante ofereceu uma reparação para crise não através do restabelecimento do padrão de re-ordenamento familiar, mas sim por meio da alteração desse padrão. Segundo Turner (1985), a reflexividade é fator importante para ação reparadora, isto é, quando o grupo toma a si mesmo como objeto de análise, realizando um auto-exame na tentativa de buscar significado para o que está acontecendo. Nesse caso, a oficiante, através do desenvolvimento dos ambos os procedimentos acima descritos, também conduziu o paciente e seu familiar a esse estágio de reflexividade sobre a crise vivida por eles.

Nesse caso, não havia o desejo por parte do familiar de um cisma, como forma de controlar a extensão e reparar a crise, o qual poderia configurar-se com uma internação do paciente, embora essa possibilidade tenha sido cogitada pela psiquiatra. Assim, a expectativa do familiar em torno da ação reparadora, conforme ele informou, era que o Módulo pudesse lhes apoiar proporcionando os remédios que o pai necessitava. Ou seja, havia uma demanda específica e explícita em torno do que deveria ser ação reparadora, que, entretanto não obteve a resposta esperada. Dessa maneira, do ponto de vista da demanda familiar e do próprio paciente, o mecanismo reparador e sua ação ritual não foram eficazes, fazendo que o paciente permanecesse na situação crise, pelo menos, no que se referia à presença dos sintomas relacionados à esquizofrenia, tais como as alucinações, já que ele não obteve o antipsicótico.

### **Recapitulando – Forma processual do ritual**

No que diz respeito às características da interação interpessoal entre paciente e curador, é preciso indicar que a minha presença alterou sua estrutura, já que normalmente essa cena é realizada basicamente com a presença do curador e do paciente ou do curador e o familiar, separadamente. De modo que minha presença inseriu um terceiro elemento na cena, o que inclusive fez que o

espaço ritual fosse transferido do consultório da psiquiatra para sala da recepção, a qual dispunha de maior espaço.

As classificações médico-psiquiátrica e leiga não estão em situação de competição (LEWIS, 1981). O processo ritual, da maneira como foi conduzido pela psiquiatra, não permitiu a co-presença de outras formas classificatórias, além daquela manejada pela biomedicina e, mais especificamente, pela psiquiatria. Em determinados momentos, a psiquiatra inclusive chegou a usar um vocabulário que não era propriamente técnico para explicar a experiência de doença<sup>137</sup> vivida pelo paciente, entretanto, ao final, a denominou de acordo com a classificação psiquiátrica. Em relação ao familiar, apesar de questioná-lo com base em sua classificação específica, a psiquiatra esperava que ele respondesse com base em uma classificação leiga, pois se surpreendeu e se incomodou com o fato de que rapaz ofereceu-lhe uma resposta baseada na classificação e no conhecimento médico-psiquiátricos. Esse conhecimento é reforçado pela médica, através da apresentação de determinadas informações especializadas sobre a esquizofrenia e seu desenvolvimento, impedindo a presença naquele espaço/tempo de um sistema classificatório que não o médico-psiquiátrico.

Nesse caso, a principal categoria incluída no leque das *perturbações físico-morais* (DUARTE, 1986) relacionadas à loucura foi a esquizofrenia, percebida pela própria psiquiatra como *algo fuerte*, composta simultaneamente por diversos estados percebidos como alterados, tais como: depressão, tristeza, angustia, falta de vontade de viver, alucinações, os quais afetavam não somente a corporalidade imediata do paciente, mas também sua vida moral e sua auto-representação fazendo que se sentisse inútil e uma carga para a família, já que não podia trabalhar. O familiar descreveu a perturbação apresentada por seu parente enfatizando a dimensão orgânica e utilizando conceitos advindos do campo da psiquiatria e da biomedicina. Isto é, a perturbação foi definida pelo familiar com base no organicismo biomédico, de maneira que a expectativa de atenção girava em torno da obtenção de um medicamento que pudesse alterar a perturbação

---

<sup>137</sup> Experiência de doença trata-se da forma pela qual os indivíduos situam-se perante ou assumem a situação de doença conferindo-lhe significados e criando maneiras de lidar com a situação, de forma que, as respostas criadas para o enfrentamento da situação são constituídas socialmente e remetem a um mundo compartilhado de práticas, crenças, valores (ALVES et al, 1999).

física. Entretanto, ele percebe a existência de uma dimensão moral da perturbação que afeta a vida do pai, causando-lhe um sofrimento que não é propriamente físico. Assim, o desejo era a obtenção do antipsicótico, que agiria sobre o organismo, entretanto, para pai e filho o medicamento era importante porque melhorava o estado de ânimo e a vida, em geral, de ambos e seu relacionamento como o restante da família, dado que todos viviam todos no mesmo lote.

O ritual acima analisado tem uma forma processual que, como nos outros casos, também está dividida em 4 fases. A primeira fase compreendeu os preparativos, a qual foi marcada pelo recebimento e acolhida do paciente e do familiar, na unidade de saúde, pela médica. Em termos processuais, isso significou a entrada da assistência no tempo e no espaço do ritual. A segunda fase consistiu em um processo interrogativo, com base no qual a oficiante buscou obter índices que subsidiassem o processo de classificação do problema apresentado pelo paciente. No curso deste processo, também buscou, através de uma manipulação simbólica, melhorar o estado de ânimo do paciente e dissuadí-lo de idéias suicidas.

A fase três foi marcada também por uma manipulação simbólica em que a oficiante promoveu a transferência de determinadas propriedades, atributos e qualidades para incutir no familiar a idéia de que ele era o responsável por retirar seu parente da situação de crise. A quarta e última fase, diferentemente das anteriores, teve como principal meio de comunicação a linguagem referencial na forma escrita. O ritual encerrou-se com indicação do receituário por escrito, o que proporcionou um caráter mais definitivo à decisão tomada pela oficiante, na medida em que não possibilitou qualquer negociação sobre o que havia sido prescrito.

Há que se destacar que, durante esse processo ritual, todos os procedimentos e encaminhamentos foram tomados pela psiquiatra. Isso equivale a dizer que ela controlou a cena do ritual e a performance dos demais participantes, decidindo sobre o que iriam falar, calar, fazer, utilizar e etc. Dessa forma, nesse *sistema de cuidado com a saúde*, o ritual de cura está centrado nas atividades e na performance desenvolvida pelo curador (KLEINMAN, 1988). A performance da médica também foi caracterizada por um certo nível de formalidade nas

interações, por uma atitude interrogativa em relação ao paciente e moralista em relação ao familiar, e por uma redundância no que diz respeito ao arranjo procedimental adotado tanto para alterar o estado do paciente quanto para tornar o familiar responsável pela resolução da crise.

## **5.5 Considerações finais**

### **Forma processual do ritual**

Um dos traços fundamentais na definição de rituais de Tambiah é que tais eventos são percebidos como especiais e extraordinários pelo grupo que o vivencia (PEIRANO, 2001). Considerando como grupo nativo aquele em que surgiu a situação de crise e/ou conflituosa, neste caso os núcleos familiares, notamos que tais eventos são percebidos pelo membros dos grupos, principalmente por aqueles que o reconhecem como uma situação de crise, como extraordinários, como algo que foge a vivência cotidiana do grupo.

Os rituais também possuem uma ordenação que os estrutura. De modo que a atenção prestada pelos agentes do ERUM e a consulta realizada pela médica são *serviços* em que há uma ordenação e a execução de determinados procedimentos para a aquisição de um fim. Além disso, o fato de que esses eventos suportam uma análise que ressalta a ordenação e a estruturação dos procedimentos desenvolvidos em seu curso indica que eles configuram-se como rituais. Dessa forma, tanto o serviço prestado pelos agentes do ERUM como a consulta realizada pela psiquiatra possui uma ordenação que os divide em 4 fases, nas quais são realizados determinados procedimentos.

### **ERUM**

A primeira fase, denominada de *preparativos*, é composta por todos os procedimentos que antecedem a chegada da tripulação ao local do atendimento. A análise dos dois casos possibilitou construir uma seqüência geral dos procedimentos ocorridos nessa fase.

#### *A) Primeira Fase - Preparativos*

A1. A tripulação recebe a informação sobre a classificação geral da emergência e informação detalhada sobre o endereço de onde solicitaram o socorro.

A2. Na ambulância, o *rescatista* anota o endereço.

A3. O motorista coloca a ambulância em movimento.

A4. *Rescatista* consulta o mapa para guiar motorista e, conseqüentemente a ambulância, pelo trajeto mais rápido até o local do atendimento.

A segunda fase é destinada os procedimentos classificatórios ou re-classificatórios, os quais fundamentarão os procedimentos que serão tomados nas fases seguintes. Em geral, as tripulações recebem da Central de Rádio uma classificação geral e sem detalhes, de modo que durante o atendimento também pode ocorrer um processo de re-classificação.

#### *B) Segunda Fase – (Re) Classificação.*

B1. Chegada ao local indicado em A1.

B2. Identificação do paciente.

B3. Classificação mais detalhada do caso com base nas informações recebidas no local.

Na terceira fase, com base na classificação fornecida na fase anterior, a tripulação decide sobre o encaminhamento que será dado e os procedimentos que serão realizados.

#### *C) Terceira Fase – Encaminhamentos*

C1. De acordo com a classificação feita em B3, se o caso estiver relacionado à de saúde mental, inclusive a transtornos secundários ao uso de álcool ou drogas, é dado o seguinte procedimento: a) tratamento emergencial de lesões e ferimentos, casos eles existam; e b) não encaminhamento do paciente a qualquer unidade de saúde.

C2. Explicações aos familiares e/ou grupo envolvente sobre o(s) motivo(s) pelos quais o paciente não será encaminhado a uma unidade de saúde.

C3. Nos casos em que considera necessário, e se há disposição por parte dos tripulantes, também são realizados procedimentos que visam orientar os

familiares sobre os encaminhamentos que devem ser tomados para solucionar o problema.

A quarta fase é caracterizada pela redundância das decisões e orientações tomadas na terceira fase.

*D) Quarta Fase – Encerramento.*

D1. Confirmação da decisão tomada na terceira fase sobre o não encaminhamento do paciente a uma unidade de saúde.

D2. Nos casos em que se considera necessário, os tripulantes podem reforçar as orientações para os familiares sobre os encaminhamentos que podem ser dados para solucionar ao problema.

D3. O encerramento efetiva-se quando o recatista informa à Central de Rádio os dados do atendimento e seu desfecho.

No que diz respeito à atuação do ERUM, a principal constatação é que o único procedimento disponível é o não encaminhamento do paciente a uma unidade de saúde, em última instância, a não prestação da atenção. A principal alegação utilizada pelos agentes para apoiar esse procedimento repousa no fato de que os pacientes encontram-se agressivos, o que representa risco para a tripulação.

## **MODULO DE SALUD MENTAL**

A primeira fase é composta por todos os procedimentos que antecedem a entrada da assistência no tempo e espaço rituais.

**A) Primeira Fase – Preparativos**

A1. Recebimento e acolhida do paciente e do familiar.

A2. Emissão de palavras que permite a entrada da assistência no tempo e espaço rituais.

A segunda fase compreende a busca por sintomas/*índices* que confirmem uma classificação apresentada ou, em caso contrário, subsidie a realização de uma nova classificação.

**B) Segunda Fase – (Re) Classificação**

B1. Processo interrogativo junto ao paciente para obter índices que possam subsidiar o processo de classificação.

B2. Emissão de uma classificação para o quadro apresentado para o paciente.

B3. Aplicação do procedimento de *contención*

A terceira fase é caracterizada pelo desenvolvimento de um procedimento para solucionar a crise.

C) Terceira Fase – Encaminhamentos

C1. Processo de caracterização do familiar.

C2. Realização de manipulação simbólica, em que por meio do uso de palavras, promove-se a transferência de determinadas propriedades, atributos e qualidades para o recipiente.

A quarta fase é composta pela prescrição do tratamento que o paciente deverá seguir.

D) Quarta Fase – Encerramento.

D1. A oficiante redige o tratamento que o paciente deverá seguir.

D2. Indicação do tratamento para o paciente e o familiar.

D3. Realização de *ato ilocucionário* que permite a retirada do familiar e do paciente do espaço e tempo rituais.

### **A eficácia da ação ritual e a resposta institucional**

A eficácia da ação ritual deve ser analisada tanto do ponto de vista institucional como da demanda familiar. Dessa forma, no primeiro caso analisado, do ponto de vista da demanda familiar a ação dos agentes do ERUM não foi eficaz. Isso porque os agentes do ERUM, apesar de reconhecerem que se tratava de uma emergência psiquiátrica, não encaminharam o paciente para uma unidade de saúde, conforme solicitado pela família, sob a alegação de que ele estava agressivo e isso colocava em risco a tripulação.

A primeira questão que deve ser considerada é o fato de que o Escuadrón de Rescate y Urgencia Médica (ERUM) não realiza o atendimento às emergências

psiquiátricas. De modo que o deslocamento de uma ambulância para prestar esse tipo de atenção pode ser caracterizado como uma falha no processo de triagem.

O ERUM é um instituição civil que está subordinada e mantida pela Secretaria de Seguridad Pública del Distrito Federal. Entretanto, os integrantes do ERUM negam a atuação como agentes do aparato de segurança do Estado, enfatizando outras dimensões de suas funções sociais que consideram mais importantes ou com as quais se identificam. A ênfase recai sobre a função como agentes de saúde treinados para tratar lesões e doenças. De fato, em termos da prática realizada, esses agentes não fazem nada além de cuidar de lesões e doenças, já que as demais atividades, tais como: resoluções de conflitos, encaminhamentos para o Ministério Público são deixadas a cargo dos policiais preventivos, os quais sempre são enviados para qualquer chamada de emergência. De maneira que, qualquer demanda de atenção que ultrapasse o âmbito pré-hospitalar, como o manejo de um comportamento agressivo, não é respondida por esses agentes.

No primeiro caso, do ponto de vista institucional, a ação foi considerada eficaz, na medida em que orientou a família no processo de busca de auxílio e reduziu o nível de tensão no ambiente, deixando o paciente mais calmo. Entretanto, isso não cumpriu às expectativas de atenção demandadas pela família, demonstrando um desencontro entre estas e as repostas proporcionadas pela instituição, tornando a emergência um tempo/espço marcado por conflitualidades (MACHADO, 2003).

No segundo caso, repete-se o padrão de relação entre expectativa da familiar e resposta institucional, isto é, há um desencontro. A família desejava o encaminhamento do familiar para uma unidade de saúde, resposta que os agentes do ERUM não puderam (ou não quiseram) proporcionar. Na fase de encerramento, apesar do posicionamento do médico de que era desnecessário o encaminhamento para uma unidade de saúde, a família não estava convencida, por isso seguia preocupada e desconfiando desse posicionamento. Assim, diante dessa desconfiança é possível perceber que a família não acreditava na eficácia da ação que havia sido empreendida pelo médico. Entretanto, como a ação, em alguma medida, tornou o paciente mais calmo, contendo sua agressividade, a

família resolveu ir embora e não insistir quanto à necessidade de levá-lo para um hospital.

O terceiro caso também repete o padrão: desencontro entre expectativas e respostas. A psiquiatra reconheceu que se tratava de uma emergência psiquiátrica, entretanto não prestou a atenção desejada pelo paciente e por seu filho que consistia na obtenção do antipsicótico. Segundo a psiquiatra, o governo somente fornece, gratuitamente, antidepressivos. O procedimento de *contención*, empreendido por ela, não satisfez a clientela, sobretudo porque o paciente apresentava uma perturbação física, a alucinação, a qual somente seria suprimida com a administração do medicamento. Como isso não ocorreu, o paciente saiu do Modulo de Salud Mental da mesma forma como havia chegado, ou seja, com alucinações.

A despeito de que se tratam de serviços diferentes, um presta atenção pré-hospitalar e outro, atenção ambulatorial, a resposta de ambos está baseada no mesmo princípio que é devolver o “problema” para a família, indicando que ela deve agir por seus próprios meios. A explicação para essa resposta institucional está na questão da custódia e responsabilidade sobre o louco no México colonial. Segundo Sacristán (1994), a custódia e responsabilidade sobre o louco não eram monopólio, e nem mesmo competência, das instituições de beneficência ou de reclusão, tais como hospitais, hospícios, casas de correção, prisão e tampouco era objeto da atenção da medicina ou do direito, mas era competência da sua rede social, mais especificamente, a família.

Apoiando-se nos baixos índices de internação nos hospitais para dementes, no séc. XIX, e na carência de leis que sancionavam a internação involuntária, a autora deduziu que a concepção do louco como um ser eminentemente perigoso cuja reclusão era imperiosa não influenciou a legislação mexicana e tampouco uma prática em relação ao louco (SACRISTÁN, 1998). De maneira que, segundo a autora, a “Grande internação”, descrita por Foucault (1978), na qual a partir do séc. XVIII a loucura deixou de ser percebida como um problema de competência exclusivamente doméstica e, progressivamente, passou para o âmbito da medicina, não ocorreu no México. De acordo com Sacristán (1994), a administração sobre o louco no México, nesse período, dependia da família e de sua rede social.

Por outro lado, de acordo com Sacristán (1994), a tradição espanhola em matéria de instituições de beneficência, assistência e caridade, dirigidas pela Igreja Católica ou por associações de laicos, reproduziu-se na América colonial espanhola tornando desnecessária uma política do Estado destinada a cobrir os vazios, pois se a família abandonava o cuidado e a custódia dos loucos outras instituições podiam, dessa forma, supri-la. Portanto, de acordo com Pulido-Esteve (2004), no caso mexicano, a interpretação foucaultiana deve ser colocada em dúvida e ainda que o trânsito para uma modernidade tenha acarretado uma secularização das interpretações e atitudes em relação aos loucos por parte da elite intelectual, a questão da loucura no México prevaleceu, em grande medida, como um assunto da família, e não do Estado.

Esse quadro parece não haver mudado, já que de acordo com a pesquisa desenvolvida por Mora-Rios e Ito-Sugiyama (2005), no período de 2001 a 2003, junto a uma comunidade de baixa renda na Cidade do México, sobre os recursos de apoio frente aos padecimentos emocionais, a família foi citada como o recurso mais esperado e utilizado. Além disso, ao considerar a extensa rede de serviços organizados e administrados pela sociedade civil, através dos grupos de auto-ajuda (alcoólicos anônimos, neuróticos anônimos, esquizofrênicos anônimos) e os *Anexos* ligados a eles (espaços destinados a internação e recuperação dos indivíduos), teremos um quadro não muito diferente desse que foi retratado por Sacristán (1994; 1998).

Diante disso, é possível compreender porque a resposta das instituições ligadas ao Estado, ante a demanda por atenção em uma emergência relacionada à saúde mental, está baseada na devolução do “paciente louco” para a família. Secularmente, tem sido dela a obrigação de cuidá-lo e de responsabilizar-se por ele. Isso, entretanto, não impede a constatação de que, do ponto de vista familiar e do contexto do sistema de atenção à saúde mental no Distrito Federal mexicano, a resposta institucional e sua eficácia são restritas. Em alguns casos ela é eficaz no sentido de diminuir a tensão e o desordenamento do âmbito familiar. Entretanto, não é eficaz nem do ponto de vista daquilo que tem tradicionalmente caracterizado a ação da biomedicina no campo da saúde mental que, baseada numa compreensão orgânica de saúde/doença, visa a diminuição e/ou a eliminação dos sintomas apresentados pelos usuários do serviço (CAMPOS;

SOARES, 2003), o que, inclusive, constituiu a demanda de duas famílias nos casos acima analisados. Os familiares e pacientes têm dificuldades para acessar o serviço, conforme foi explicitado através dos itinerários terapêuticos seguidos pelos núcleos familiares. Mesmo quando conseguem um acesso, isso não significa garantia de uma resposta satisfatória, já que os agentes de saúde acabam devolvendo para a família a responsabilidade de cumprir com a demanda que ela está fazendo junto ao sistema de saúde público. Dessa forma, há uma mentalidade sobre o cuidado e a tutela do “louco”, formada no período colonial, isto é, um contexto histórico-cultural, que está informando as atitudes dos trabalhadores da área de saúde mental (incluindo a atenção pré-hospitalar), a qual contribui para que a resposta dessas instituições seja restrita e não haja uma reforma no modelo de atenção na área.

### **Análise da crise familiar**

Através do conceito de *drama social*, busquei analisar a forma processual crise surgida no núcleo familiar ou comunitário. Nos dois primeiros casos a crise, de fato, instalou-se pela quebra ou ruptura de uma norma que rege as interações sociais, o que, empiricamente, configurou-se como a presença de um comportamento agressivo por um de seus membros, o qual o grupo não conseguiu manejar. É importante ressaltar que o ponto de ruptura é um momento e/ou circunstância que altera o equilíbrio cotidiano e vital de um indivíduo e/ou de seu grupo envolvente, seja ele familiar ou comunitário.

A singularidade de cada caso reside na noção do que está dentro ou fora das margens do permitido, o qual está conformado por um conjunto de crenças e práticas sociais e culturais que são particulares, provocando diferenças, por exemplo, nos níveis de agressividade que uma família ou outra podem suportar. Nos casos analisados, os níveis de agressividade suportados não são somente diferentes, mas também a importância concedida a ela no âmbito do atendimento também é variável. No segundo caso, por exemplo, a agressividade gera uma crise porque impede aos familiares de encaminharem seu parente até o hospital para cuidar do ferimento, contudo, ela não era o foco do atendimento, como vimos ocorrer em outros casos.

O terceiro caso apresenta uma importante diferença em relação aos dois primeiros no que diz respeito à forma como a crise instalou-se na família. Nos dois primeiros casos, a crise surgiu por um acontecimento crítico, repentino, já no terceiro caso não há um evento crítico que sinaliza a abertura da crise, mas vários fatores vão se agregando e se intensificando com o passar do tempo, fazendo que a crise instale-se de forma progressiva.

A decisão por solicitar um tipo de mecanismo institucional, que pudesse controlar a extensão da crise, nos três casos, ocorreu pela consideração dos grupos familiares de que já não dispunham de recursos para manejar e controlar a crise domesticamente<sup>138</sup>. É importante ressaltar que esses grupos familiares, ao acionarem um mecanismo institucional para reparar a crise instalada e/ou controlar sua extensão, desejavam uma determinada solução ou acreditavam que um determinado procedimento poderia colocar fim à crise. Isto é, eles acionaram os mecanismos com demandas específicas. Salcedo-Gómez (2002), em seu estudo sobre a construção social da doença mental, afirma que, nos casos analisados, quando o indivíduo ultrapassa os limites normativos da família, ele é enviado a uma instituição mais repressora e normativa que seja capaz de impor-lhe limites, de tal forma que as famílias recorrem às instituições de saúde mental com o objetivo de que se possa controlar as situações que consideram problemáticas para elas e seu entorno. Assim, é preciso pensar que as famílias ao solicitarem o encaminhamento para um hospital psiquiátrico, como foi o caso da família de Manuel, estão fazendo uma opção pela contenção e pela repressão, ainda que estas ocorram pela via medicamentosa e a família não esteja propriamente consciente do que está subjacente à sua escolha.

Quanto à ação reparadora é possível dizer que houve falhas nos três casos analisados. No primeiro caso, do ponto de vista da demanda familiar, é possível dizer que houve falha, porque os agentes do ERUM, após classificarem o caso, informaram que não podiam encaminhar o paciente uma unidade de saúde, porque estava agressivo e colocaria em risco a integridade da tripulação, isto é, aquele caso não era alvo da sua ação. No segundo caso, passou-se o mesmo: do

---

<sup>138</sup>A uma conclusão similar também chega Salcedo-Gómez (2002) ao indicar que o ponto de encontro com a instituição psiquiátrica, nos casos estudados por ela, se dá com a quebra da normalidade que, na maioria das ocasiões, ultrapassa as possibilidades de contenção do entorno familiar e social passando, então, ao âmbito da instituição de saúde mental.

ponto de vista do procedimento desejado pela família, houve falha na ação reparadora. O agente do ERUM, após analisar e classificar o caso, prestou uma atenção emergencial que consistiu na limpeza do ferimento e alegou que não podia encaminhar o paciente para uma unidade de saúde, em função do quadro agressivo que ele apresentava. No terceiro caso, também é possível dizer que houve falha da ação reparadora em relação ao que era desejado pelo núcleo familiar. A falha, neste caso, ocorreu porque a ação reparadora proporcionada pela psiquiatra era de natureza simbólica, entretanto, a família desejava uma intervenção de natureza física, através da administração de medicamento. Assim, nos três casos há um descompasso entre a solução ou encaminhamentos requeridos pelos familiares dos pacientes e a atenção ou solução prestadas tanto pelos agentes do ERUM como pela psiquiatra do Modulo de Salud Mental.

A eficácia dos mecanismos de reparação em gerar uma reintegração do grupo é difícil de ser analisada nos três casos. No primeiro, o desejo da família era que houvesse uma separação através do internamento do parente, entretanto, nenhum dos mecanismos reparadores acionados no itinerário terapêutico percorrido pode ou quis dar essa solução. De tal forma que o núcleo familiar teve que realizar uma reintegração involuntária de seu parente, em função de que eles não encontraram uma instituição que desse a eles a solução desejada.

No segundo caso, o anseio era por um tratamento intra-hospitalar que aos familiares parecia mais adequado e não estava presente a idéia de uma separação ou retirada daquele membro do núcleo familiar. Assim, havia uma disposição do grupo em cuidar e reintegrar aquele membro. Além disso, a ocorrência de maior preocupação naquele momento era com o ferimento que ele possuía, e não propriamente com seu estado de embriagues e a agressividade apresentada. Dessa forma, o mecanismo reparador atuou proporcionando atenção pré-hospitalar e prestando informações sobre a extensão do ferimento, o que diminuiu a tensão e tranqüilizou aos familiares.

No terceiro caso, a separação não era sequer uma possibilidade. Assim, ao contrário do primeiro caso, ainda que a possibilidade de separação tivesse sido cogitada pela oficiante do ritual, ela foi recusada como uma solução para a crise que se apresentava. Dessa maneira, seja qual fosse a ação reparadora, cumprindo ou não o que era ambicionado pela família, não interferiria na

disposição de ambos os familiares em darem continuidade à interação e à vivência.

Dessa forma, uma característica importante e presente na resolução desses dramas sociais é o desencontro entre os anseios dos familiares e as respostas proporcionadas pelos mecanismos reparadores. Os motivos desse desencontro apontados pelos casos são: a) a instituição informa que não é a instância indicada para solucionar o caso ou aquele tipo de atendimento não está previsto em sua prática; b) a presença de valorações morais associadas à classificação atribuída ao paciente pelos agentes institucionais, o que impede o desenvolvimento ou o encaminhamento de determinados procedimentos e c) a falta de suporte material da instituição para a realização de uma intervenção química. Uma consequência desses desencontros e falhas na fase de reparação é que geram soluções precárias, fazendo que possa haver um retorno à fase de crise, ou até mesmo sua permanência.

### **Concepções e idéias associadas às perturbações físico-morais**

Em relação ao ERUM, um comportamento agressivo é um indício importante, entretanto não é decisivo para o reconhecimento da presença de uma perturbação físico-moral e de uma emergência psiquiátrica. Outros indícios ou sintomas devem juntar-se a ele para que o médico da tripulação possa classificá-lo como uma perturbação e como emergência psiquiátrica.

No primeiro caso, ao comportamento agressivo foram associados também os relatos familiares sobre nervosismo, crise, depressão, angústia e vazio. Essa associação fez que o caso fosse reconhecido pelo médico da tripulação como uma emergência psiquiátrica e como uma perturbação. Entretanto, em função da dinâmica estabelecida no atendimento e do tipo de resposta fornecida pela instituição, não foi possível perceber se o médico compreendeu essa perturbação pela perspectiva de imbricação entre o físico e o moral ou vendo-a relacionada somente a um ou a outro. Mas a atuação do *rescatista* pareceu pender para a percepção do âmbito moral, na medida em que considerou e buscou trabalhar para melhorar os sentimentos e a auto-representação do paciente.

Há, nesse caso, uma correspondência entre o que família considerou como uma *alteração do estado normal da pessoa*, baseando-se em seus padrões de interação, sociabilidade e concepção dos processos de saúde e doença, e o que o médico considerou como uma situação irregular relacionada à presença de uma perturbação físico-moral. Diante dessa constatação, o que se pode concluir é que houve uma base comum na percepção daquilo que se considerou como uma perturbação físico-moral. Entretanto é preciso destacar que a família percebia a situação pela perspectiva da presença de uma alteração orgânica, isto é, a percepção do estado alterado é vista como uma perturbação física, que poderia (deveria) ser controlada com a administração de um medicamento. Ao passo que o paciente não reconheceu o seu estado como uma perturbação física, mas sim como uma perturbação moral que afetava seus sentimentos provocando um sofrimento emocional que, para ele, nada tem a ver com um problema relacionado à loucura ou doença mental.

No segundo caso, a associação entre agressividade e embriagues foi reconhecida pelo médico da tripulação como uma perturbação moral, isto é, como uma condição de vida considerada irregular e anormal e que afetava eminentemente a vida moral, os sentimentos e auto-representação do indivíduo e sua família, entretanto, não como uma perturbação física capaz de gerar uma situação anormal na corporalidade do sujeito. Entretanto, o caso não foi reconhecido como emergência psiquiátrica que, na concepção desses profissionais, está associada eminentemente ao campo de uma alteração orgânica, a qual não foi identificada ou reconhecida no caso.

A família não reconhecia a situação nem como uma perturbação física, nem como uma perturbação moral, sua principal preocupação estava voltada para o ferimento, ocorrido em consequência de uma queda e da embriagues. Assim, o objeto da atenção e da ação emergencial foi o ferimento. Com base nesses posicionamentos pode-se ressaltar algumas questões no que diz respeito às concepções e idéias associadas ao leque das perturbações físico-morais manejadas na situação: a) a família, conforme seus padrões de sociabilidade e interação, não considerou o comportamento agressivo associado a embriagues como um evento fora do normal, como uma situação irregular e relacionada a um problema de saúde mental; b) a associação entre agressividade e embriagues não

foi reconhecida pelo médico da tripulação como um problema relacionado à saúde mental; e c) com base nessas percepções tanto de familiares quanto dos agentes do ERUM é possível concluir que a presença de um comportamento agressivo agregado ao estado de embriagues não é reconhecida como uma emergência psiquiátrica e tampouco como um problema relacionado à saúde mental.

No último caso, a principal categoria incluída no leque das perturbações físico-morais é a esquizofrenia. O familiar descreveu a perturbação apresentada por seu parente enfatizando a dimensão orgânica e utilizando conceitos advindos do campo da psiquiatria e da biomedicina. Isto é, a perturbação é definida pelo familiar com base no organicismo biomédico, de maneira que a expectativa de atenção girava em torno da obtenção de um medicamento que pudesse alterar a perturbação física. Entretanto, ele percebe que ela atua de maneira a causar perturbação na vida moral do pai. Assim, ela é concebida tanto pela psiquiatra, quanto pelo paciente e seu familiar pela perspectiva de algo que afeta não somente o físico, o orgânico, mas afeta a vida moral e os sentimentos da família e do paciente. A expectativa de atenção do familiar e do paciente girava em torno da obtenção de um medicamento que pudesse alterar a perturbação física, a qual, conseqüentemente, geraria melhoras na vivência familiar e comunitária.

No primeiro e principalmente no último caso há uma correspondência entre o que é percebido tanto pela família como pelos médicos como uma situação irregular e anormal, como uma perturbação físico-moral e, conseqüentemente como uma emergência psiquiátrica. O que significa que essas pessoas não ignoram o conhecimento médico, dado que nossas sociedades sofreram, ao longo das décadas, uma grande exposição às concepções e práticas da Medicina, que se tornou o sistema de cuidado com a saúde oficial, por meio do processo de medicalização. Dessa forma, a percepção que os familiares possuem de uma perturbação físico-moral pode estar baseada tanto nos conhecimentos médicos, difundidos no âmbito da sociedade geral, quanto nas construções populares sobre saúde/doença mental e também no conhecimento construído por especialistas não-oficiais da cura, como curandeiros, rezadores, espiritualistas (LAPLANTINE, 1991)

Dessa forma, os casos de emergência psiquiátrica, no ERUM, não são definidos com base na presença de um comportamento agressivo que possa gerar

risco para o próprio paciente e para os outros, mas sim com base na presença de determinados elementos associados a ele. De acordo com os casos acima analisados, percebemos que entre esses elementos associados há uma relação de causa e consequência, em que a agressividade é percebida como a consequência:

Es mi papa que está en una crisis, está muy violento, nervioso y se pone agresivo, no hay forma de controlarlo. (familiar)

Puede tomar, pero no debe ponerse agresivo. (agente do ERUM)

Yo también odio quien toma tequila, se queda borracho y se pone agresivo. (agente do ERUM)

O “tornar-se agressivo”, presente nas falas acima, remete à idéia de movimento e de transformação propiciado por algum fator anterior que o desencadeia. Dessa forma, o primeiro elemento, a causa, figura como o sintoma ou o fator por meio do qual é possível reconhecer e definir se o caso é uma emergência psiquiátrica ou não. Concluí, com base nesses casos, que quando agressividade é causada por um quadro que envolve relatos de depressão, crise, nervosismo, angustia, ansiedade, o caso, provavelmente, será reconhecido por familiares, médicos e paramédicos como uma emergência psiquiátrica.

Em relação à consulta realizada no Módulo de Salud Mental, é possível dizer que a principal idéia associada à emergência psiquiátrica, pela médica, é a existência de risco de suicídio. Durante a consulta, essa foi a temática mais explorada pela psiquiatra. Por diversas vezes, ela verificou como o paciente posicionava-se em relação ao tema, questionado-o: *¿Cómo están sus ganas de vivir?; ¿Ha intentado suicidarse alguna vez?; ¿Cuántas veces ha intentado?; ¿Y cómo fue, qué ha hecho?; ¿Realmente quería morir?; ¿Ahora tiene alguna idea suicida?*

Em uma conversa, no dia seguinte à consulta, a psiquiatra disse que a doença crônica do paciente era um fator de risco para o suicídio, por isso ela estava checando suas idéias suicidas, pois caso fosse necessário teria que enviá-lo para a internação. De acordo com as respostas do paciente, ela considerou que havia a presença de uma idéia suicida, entretanto não era fixa e tampouco estruturada. A psiquiatra também indicou outros fatores cuja presença indicaria a

necessidade de internação: a) a existência de alucinações nas quais fosse dito a ele que suicidasse ou matasse outras pessoas e b) a recusa em tomar medicamentos. Dessa maneira, há também uma importante associação entre emergência e internação, já que a médica explora essas diversas temáticas no decorrer da consulta, de forma a obter subsídios para posicionar-se quanto a sua necessidade. Ela considerou que não era necessária a internação, entretanto o paciente estava em situação de emergência psiquiátrica, pois como ele não dispunha de recursos financeiros para comprar o medicamento, teve que reduzir sua dosagem e, por isso, começou a alucinar, a angustiar-se, a deprimir-se e a ter idéias suicidas, ainda que não estruturadas.

Dessa forma, o que se pode observar é que psiquiatra maneja, no decorrer da consulta, uma noção de emergência psiquiátrica que está relacionada metonimicamente (JAKOBSON, 2001) a alguns elementos tais como: risco de suicídio, falta ou recusa em tomar antipsicótico, alucinações, angustia, depressão. Entretanto, o procedimento tomado em relação ao caso considerado como emergência psiquiátrica, dependerá do par relacional que a psiquiatra estabeleça com base nas informações fornecidas pelo paciente. Assim, abaixo, os pares relacionais incluídos no primeiro grupo geram o procedimento de internação; já no caso dos pares presentes no segundo grupo, a atenção é prestada através de tratamento ambulatorial.

#### Grupo 1

- risco de suicídio : emergência psiquiátrica > internação
- alucinações que geram risco de vida : emergência psiquiátrica > internação
- recusa em tomar o medicamento : emergência psiquiátrica > internação

#### Grupo 2

- redução do medicamento : emergência psiquiátrica > tratamento ambulatorial
- alucinações diversas : emergência psiquiátrica > tratamento ambulatorial
- depressão : emergência psiquiátrica > tratamento ambulatorial

- idéias suicidas não estruturadas : emergência psiquiátrica > tratamento ambulatorial

Assim, percebe-se que a psiquiatra buscou indícios que pudessem auxiliá-la na decisão por um determinado procedimento, de onde foi possível entrever o surgimento de desses dois grupos de associações metonímicas em relação à emergência psiquiátrica e uma precedência no que diz respeito à utilização de cada um deles. Isto é, primeiramente a médica buscou verificar a existência de dos primeiros elementos dos pares metonimicamente relacionados arrolados no Grupo 1, a fim de que se pudesse construir o par e, com isso, detectar a necessidade de encaminhar o paciente para um internamento. Concomitantemente a esse procedimento, a psiquiatra foi verificando a presença dos primeiros elementos dos pares relativos ao Grupo 2, de forma a construir o par metonímico. Assim como no caso do ERUM, há outros fatores que são determinantes para o reconhecimento de uma situação como uma emergência psiquiátrica, os quais não estão necessariamente relacionados à agressividade.

## CONCLUSÃO

### **A ADMINISTRAÇÃO DA EMERGÊNCIA PSIQUIÁTRICA EM PERSPECTIVA COMPARADA**

“Desde o princípio, tudo o que eu via provocava em mim, sem que me propusesse, a aparição de imagens esquecidas do México. A estranheza da Índia suscitava em minha mente a outra estranheza, a de meu próprio país” (PAZ, 1996, p.21)

Esse trecho de um ensaio de Paz (1996) é extremamente ilustrativo do que pode ser o processo de comparação, que ressalta não somente um processo de compreensão do outro, mas também um processo de relativização e de compreensão de sua própria cultura. Dessa forma, por meio do procedimento comparativo se buscará compreender através de uma elucidação mútua as formas de administração das emergências psiquiátricas em Brasília e na Cidade do México.

O desenvolvimento desta tese buscou identificar e analisar as formas de administração de situações consideradas como emergências psiquiátricas por meio da análise da resolução da crise familiar e/ou comunitária, da resposta institucional e sua eficácia e das perturbações físico-morais associadas à loucura em Brasília e na Cidade do México. Dessa forma, ao longo do trabalho o próprio procedimento analítico fez que fossem surgindo os contrastes presentes na forma como cada família e/ou comunidade e cada instituição, em ambas as capitais, administram as situações reconhecidas como emergência psiquiátrica. Nesse momento, o que pretendo, além de sintetizar os achados relativos às formas

específicas de administração, é também compará-las de forma sistemática, enfatizando não somente os contrastes, mas também as semelhanças.

### **Comparando a resposta institucional e sua eficácia**

O trabalho de campo desenvolvido na Cidade do México esteve informado pela observação de um evento ocorrido em Brasília, que possuía um formato específico, a saber: o atendimento às emergências psiquiátricas, realizado por um serviço público de atendimento às emergências pré-hospitalares e seu possível encaminhamento a uma unidade de saúde. Ao iniciar o trabalho de campo na Cidade do México, diversas fontes informaram que não havia esse tipo de atendimento na cidade. Diante dessa informação, havia três hipóteses: a) os casos similares àqueles visualizados em Brasília não eram classificados ou considerados como emergências psiquiátricas; b) o atendimento, de fato, não era realizado por um serviço público de atenção pré-hospitalar e c) o atendimento era realizado, porém de forma diferente daquela visualizada em Brasília. Embora, tais hipóteses pareçam contradizer uma a outra, todas elas foram confirmadas. Há um tipo de caso que é classificado em Brasília, pelos agentes do o Corpo de Bombeiro Militar do Distrito Federal (CBMDF), como emergência psiquiátrica – o alcoolismo associado à agressividade –, o qual não foi classificado como tal, na Cidade do México, pelos agentes do Escuadrón de Rescate y Urgencia Médica (ERUM). Esta instituição não realiza o atendimento às emergências psiquiátricas, na perspectiva de que ele possa derivar no encaminhamento do paciente para uma unidade de saúde tal como ocorre em Brasília, entretanto, proporciona uma certa atenção, o que confirma a segunda e a terceira hipótese. Assim, a primeira conclusão é que a emergência psiquiátrica, no formato como é realizada em Brasília, não existe na Cidade do México.

Dito de outro modo, implica que as respostas das instituições às emergências psiquiátricas, em Brasília e na Cidade do México, são diferentes. A administração da emergência psiquiátrica pelo CBMDF está baseada no controle (físico ou não) e na reclusão – ou exclusão, se considerarmos o ponto de vista da família –, gerando re-ordenamento do espaço/tempo desordenando e controlando a extensão da crise. Assim, a prática do Corpo de Bombeiros em relação a essas

emergências é eminentemente medicalizante, de modo que a vigilância e o controle se realizam nos atos de atendimento à saúde mental. Nesse contexto, o *paciente psiquiátrico* não é apenas um doente mental, mas um sujeito potencialmente perigoso para a ordem social, e sua medicalização compreendem ações dirigidas a restaurar a ordem ou a prevenir a desordem, revelando o dispositivo psiquiátrico de tutela, exclusão e periculosidade presentes na psiquiátrica clássica e subjacentes a estas ações. De maneira que, a tese do controle social construída por Foucault (1978), Castel (1978), e Goffman (1961) que dominou os estudos sobre a loucura e os espaços asilares, principalmente durante as décadas de 70 e 80 do séc. XX, ainda tem validade no que diz respeito à análise da atuação dos bombeiros nesses atendimentos.

Já na Cidade do México, a administração da emergência psiquiátrica pelos agentes do ERUM está baseada na devolução do “problema” para a família, não encaminhando o paciente para uma unidade de saúde e indicando aos familiares que devem agir por seus próprios meios para realizar este encaminhamento. O que está relacionado com o fato de que a responsabilidade e o cuidado sobre o louco, desde o México colonial, sempre estiveram nas mãos da família e não do Estado, fazendo que o cuidado do louco fosse um “assunto de família”.

Nesse sentido, há uma diferença fundamental no que diz respeito à concepção do tratamento do louco em ambas as culturas, as quais informam o tratamento atual que se concede a ele. No Brasil, desde a constituição da psiquiatria, a custódia do louco sempre esteve a cargo do Estado (MACHADO, 1978) que, através do aparato asilar, tratou de isolá-lo e controlá-lo. Isto é, a administração da loucura sempre se deu através de ações de controle, vigilância e isolamento por parte do Estado – mesmo com o movimento da reforma psiquiátrica, essa ainda é a prática desenvolvida, no âmbito da atenção à saúde mental, em muitas cidades brasileiras. Já no caso do México, a custódia e o cuidado dos loucos sempre estiveram a cargo da família e de organizações civis ou religiosas. De maneira que, essa continua sendo a atitude dos profissionais da área de saúde com respeito à atenção em saúde mental, isto é, fazer que a família atue no tratamento e controle do louco de forma doméstica e, caso não consiga, acesse as organizações civis. Dessa forma, alcanço a mesma conclusão a que chegou Pulido-Esteva (2004), isto é, a tese do controle social dos loucos através

de instituições asilares, tendo o Estado como seu principal promotor, não pode ser aplicada ao caso mexicano.

Entretanto, há uma característica que aproxima as cenas da emergência psiquiátrica em Brasília e na Cidade do México que é a conflitualidade entre usuários e servidores, em função do desencontro entre as expectativas de atenção dos usuários e o atendimento que é prestado pelos servidores da saúde. O que torna a emergência psiquiátrica, muitas vezes, um tempo/espço marcado por conflitualidades (MACHADO, 2003).

Em termos organizacionais há tanto semelhanças quanto diferenças em relação ao ERUM e ao CBMDF, as quais influenciam no atendimento às emergências médicas em geral, e à emergência psiquiátrica em particular. Em termos das semelhanças entre as instituições, é possível destacar que ambas estão ligadas às Secretaria de Segurança Pública de seus respectivos Distritos Federais fazendo parte, portanto, do aparato de segurança do Estado. Ambas realizam atendimentos de emergência médica pré-hospitalar, o que também as caracteriza como prestadoras de serviços na área de saúde. Assim, tanto CBMDF quanto ERUM são serviços constituídos pela interface entre saúde e segurança. Entretanto, os agentes de ambas as instituições negam, de maneiras diferentes, esta última dimensão de suas atividades. As narrativas dos agentes do CBMDF sobre suas ações colocam ênfase na dimensão da heroicidade, trata-se do indivíduo que doa a sua vida para salvar outra vida, em detrimento do fato que são agentes do aparato de segurança do Estado, cabendo-lhes também realização de atos de controle e repressão. Isso faz que eles dêem prioridade às emergências relacionadas aos sinistros, pelo fato de que estas são as situações que, por excelência, proporcionam a eles a possibilidade do exercício e exaltação da dimensão heróica de sua identidade. Além disso, a visão organicista, constitutiva da biomedicina, é a que informa a atuação dos bombeiros nas emergências, o que também explica a prioridade dada às emergências relacionadas às disfunções e traumas relativos ao corpo físico em detrimento daquelas relacionadas ao mental, cuja fronteira entre o orgânico, o moral e o psicológico é, conforme vimos, menos evidente e seguramente mais ambígua (DUARTE, 2003), além de acionar a dimensão de segurança de suas atuações, que eles desejam negar.

Os agentes do ERUM realizam o mesmo procedimento, entretanto, não através da narrativa, mas sim da prática, na medida em que restringem sua atuação aos casos que estão relacionados à presença de lesões e enfermidades, negando-se a atuar naqueles em que envolvem resoluções de conflitos e crises, como é o caso das emergências psiquiátricas, nas quais, às vezes, as demandas dos usuários são por ações que estão no âmbito do controle mais do que no campo na saúde. O fato de se identificarem como agentes de saúde, e não de segurança, influencia a prática dos membros do ERUM, fazendo que eles não atuem em situações que não estejam estritamente relacionadas ao âmbito da saúde.

Dessa maneira, os agentes do CBMDF, negando uma dimensão de sua atividade através da construção de sua identidade, são obrigados, na prática, a realizar os atendimentos que envolvam ações de controle e manutenção da ordem. Ao passo que os agentes do ERUM, a negam exatamente através da prática, não realizando atendimentos que lhes requisitem o exercício da função de agentes estatais de controle e de manutenção da ordem. Em termos práticos, isso significa que os agentes do CBMDF, apesar de não gostarem, são obrigados a realizar os atendimentos às emergências psiquiátricas, já os agentes do ERUM não o são, o que implica no fato de que a Cidade do México não disponha de um serviço público de emergência pré-hospitalar que possa atender às emergências psiquiátricas.

Em relação ao Hospital São Vicente de Paulo e o Hospital Regional de Taguatinga, unidades de saúde que receberam as emergências psiquiátricas encaminhadas pelo CBMDF, a resposta está baseada nos procedimentos de internação e de intervenção química/medicamentosa com vistas à diminuição e/ou a eliminação dos sintomas – características da organização tradicional do trabalho em saúde mental, a qual baseia-se em uma compreensão orgânica de saúde/doença mental – e o controle do paciente. Assim, igualmente ao CBMDF, a prática desses profissionais é eminentemente medicalizante, na medida em que sua assistência à saúde mental, além de restringir-se ao ambiente hospitalar, caracterizando o isolamento, está baseada na vigilância e no controle do paciente.

Já na Cidade do México, o serviço visitado foi o Módulo de Salud Mental de um centro de saúde, em que a ação assistencial esteve baseada em uma

intervenção simbólica tanto no que diz respeito ao paciente como ao familiar. Esse procedimento consistiu em, por meio do uso de palavras, promover a mudança da auto-estima e do ânimo do paciente, procedimento denominado pela psiquiatra como *contención* e, no caso do familiar, em inculcar a idéia de que ele era o responsável por retirar seu parente da situação de crise. Assim, diante da principal demanda do paciente, isto é, a obtenção do antipsicótico, medicamento que o tiraria do quadro alucinatório em que se encontrava, a psiquiatra agiu da mesma forma que os agentes do ERUM, isto é, devolveu o problema para família, lembrando-a de que é dela a responsabilidade sobre o cuidado daquele paciente. É importante destacar que a ação da psiquiatra esteve informada por uma visão organista, entretanto, não enquanto uma dimensão única e exclusiva, conforme ocorreu nos atendimentos realizados pelas unidades de saúde em Brasília, na medida em que considerou também as dimensões social, moral e psicológica do paciente, as quais foram o foco principal de sua intervenção, diferentemente dos atendimentos realizados pelas unidades de saúde em Brasília.

Dessa maneira, no que diz respeito à administração das emergências psiquiátricas por parte das unidades de saúde em Brasília e na Cidade do México há uma diferença fundamental. As primeiras agem exclusivamente sobre a corporalidade física, havendo uma crença na eficácia química, aliada ao procedimento de internação como formas de tratamento e controle do paciente. Enquanto a última age na imbricação entre corpo físico e mente, havendo uma crença na eficácia simbólica como forma de tratamento do paciente.

A *Declaração de Caracas*, assinada em 1990, é o documento que marca o início das reformas na atenção à saúde mental na América Latina e Caribe. A declaração propõe, em linhas gerais, o respeito pelos direitos das pessoas com doenças mentais e o reconhecimento da importância dos cuidados na comunidade. Ao assinar a declaração, os países da região comprometeram-se a melhorar a saúde mental de suas populações, buscando superar o modelo de atenção baseado no hospital psiquiátrico, criando modelos que tinham como base a comunidade e a atenção integral ao paciente.

Assim, considerando esse marco para a mudança da atenção da saúde mental nos países da região e, no caso brasileiro, também a promulgação da Lei nº 10.216 é possível afirmar que a resposta institucional às emergências

psiquiátricas em Brasília e na Cidade do México são restritas, na medida em que, cada uma, a seu modo, distanciam-se desta proposta. Em Brasília, a resposta assistencial está voltada para o indivíduo, desconsiderando o fato de que ele traz consigo sua rede social que também sofre e, por isso, também necessita ser alvo dessa assistência; está centrada na internação psiquiátrica, portanto, na reclusão do paciente e em sua retirada do ambiente familiar e comunitário e em um tratamento eminentemente farmacológico, visando a extinção dos sintomas e o controle. Dessa forma, essa atenção ainda opera com base nos conceitos organicista, em que se considera de forma predominante a dimensão biológica do processo saúde-doença mental, reduzindo as possibilidades de incorporação das dimensões sociais, culturais e psicológicas. Conseqüentemente, a eficácia da ação é restrita, já que é eficaz no sentido de extinguir sintomas e de diminuir a tensão no ambiente familiar e/ou comunitário, entretanto é ineficaz no que diz respeito à atenção integral e continuada do paciente com o uso de instrumentos mais complexos – tais como aqueles propiciados pelas práticas de desinstitucionalização, em que a principal forma de atenção é constituída pelos serviços desenvolvidos e prestados na comunidade. De maneira que, além de não gerar a re-inserção do paciente em seu ambiente familiar/comunitário e uma recuperação da sua situação psicossocial, ainda conduz a uma cronificação no que diz respeito aos retornos e internações ao ambiente manicomial.

Na Cidade do México, a resposta institucional e a eficácia da ação foram consideradas igualmente restritas. Em alguns casos ela é eficaz no sentido de diminuir a tensão e o sofrimento familiar, ainda que talvez por breves momentos. Entretanto, não é eficaz no que tem tradicionalmente caracterizado a ação da biomedicina e da psiquiatria no campo da saúde mental que é a diminuição e/ou a eliminação dos sintomas apresentados pelos pacientes, através do tratamento farmacológico, já que o governo não conta com um programa que cubra esse tratamento, através do subsidio de medicamentos. Da mesma forma que em Brasília, predomina uma concepção de que os pacientes devem acudir às instituições, e não os profissionais da saúde mental ir até a comunidade. Sobretudo, a resposta é considerada restrita porque está baseada na devolução do “problema” para a família – já que, tradicionalmente, tem sido relegada a ela

obrigação de cuidar do doente mental e de responsabilizar-se por ele – sem apresentar uma solução concreta e imediata para sua demanda de socorro.

Assim, é preciso ressaltar que ambas as respostas também são restritas porque suas ações estão baseadas e informadas, conforme vimos, por concepções de administração da loucura que são seculares. No caso do Distrito Federal brasileiro, as linhas gerais que informam as ações datam do nascimento da psiquiatria no Brasil (final do séc. XIX, início do XX) que estava centrada exclusivamente no âmbito asilar, e em ações de isolamento, vigilância e controle do paciente, conforme preconizava a medicalização. Em relação ao Distrito Federal mexicano, conforme dito acima, as ações estão informadas por uma concepção formada no período colonial, em que a responsabilidade e o cuidado do louco estava a cargo da família, e não do Estado. Portanto, pouco adianta a existência de declarações e leis que preconizam a reforma da assistência à saúde mental se não há uma mudança da mentalidade no que diz respeito à administração da loucura e do louco nessas sociedades. Por outro lado, no caso mexicano, essa forma específica de administração da loucura é um importante substrato cultural no processo de desinstitucionalização dos serviços de atenção à saúde mental, na medida em que o cuidado baseado na comunidade é uma realidade, devendo-se “apenas” criar unidades de atenção à saúde mental, nas próprias comunidades, para que possam apoiar esse cuidado.

### **A crise familiar e/ou comunitária**

Em praticamente todos os casos, tanto em Brasília quanto na Cidade do México, a ruptura que levou ao surgimento da crise, fazendo que a família e/ou a comunidade buscassem por auxílio externo, ocorreu em função de que um dos membros do grupo apresentava um comportamento agressivo. À medida que tais comportamentos agressivos não são associados diretamente à presença de conflitos e violência interpessoal, – situação em que configuraria como crime e receberia o tratamento e o atendimento prestados pela polícia – eles são lançados ao âmbito das *alterações do estado normal da pessoa*. Com isso, as famílias recorrem a uma instituição que possa prestar atenção emergencial relacionada à saúde/doença mental. Em apenas um caso não houve um evento crítico, tal como

a presença de um comportamento agressivo, o qual sinalizasse a abertura da crise, mas vários fatores foram agregando-se e intensificando-se, fazendo que a crise se instale forma progressiva. Apesar de que esteja representado na tese por único caso, não deixa de informar um padrão de surgimento de crises relacionadas à saúde mental.

A busca emergencial de auxílio externo, dessa forma, ocorreu em função de um descontrole surgido na cotidianidade da vida doméstica e/ou comunitária, cujos recursos disponíveis nesses âmbitos não conseguiram manejar e controlar. Assim, o ponto de quebra é um momento ou circunstância que altera o equilíbrio cotidiano e vital de um indivíduo e/ou de seu grupo familiar e/ou comunitário. De maneira que, a singularidade de cada evento reside na noção do que se considera estar dentro ou fora das margens do permitido e do normal, o qual está conformado por um conjunto de crenças e práticas sociais e culturais que são particulares. Por exemplo, é bastante variável o nível de agressividade que uma família pode suportar que seja perpetrada contra ela por um parente.

Em todos ocorridos em Brasília e um na Cidade do México, os quais envolviam comportamentos agressivos, as famílias e grupos comunitários ao acionarem um mecanismo reparador da crise, o fizeram com uma demanda muito específica, a saber: o encaminhamento e internação do suposto paciente em uma unidade de saúde. É importante ressaltar que essa demanda representa o anseio por uma instituição que seja mais repressora e normativa, de tal forma que seja capaz de controlar e impor limites àquele que transgrediu as regras do grupo. Assim, é preciso pensar que os grupos familiares e/ou comunitários ao solicitarem o encaminhamento do paciente para uma internação, principalmente em um hospital psiquiátrico, fizeram uma opção, ainda que de maneira inconsciente, pela contenção – não só física, mas também química – e pela repressão, formas tradicionais de administração da loucura em nossas sociedades.

Do ponto de vista das famílias e/ou comunidades, tanto em Brasília quanto na Cidade do México, a eficácia da ação dos mecanismos reparadores é restrita. Em Brasília, a ação reparadora tanto de médicos quanto de socorristas é restrita na medida em que não conseguiu solucionar de forma definitiva os conflitos surgidos no âmbito familiar e comunitário, porque a ação foi pontual, temporária e baseada na supressão imediata dos sintomas, através da administração de

medicamentos. Dessa maneira, as partes conflitantes não são preparadas para o reingresso do indivíduo que fez romper a crise, o que acaba por gerar um retorno a essa e, com isso, um possível retorno ao ambiente hospitalar para internação. Na Cidade do México, a eficácia dos mecanismos de reparação é, igualmente restrita, na medida em que não conseguiu responder às principais demandas das famílias. De tal forma que, em alguns casos, o núcleo familiar teve que realizar uma reintegração forçada de seu parente, em função de que eles não encontraram uma instituição que fornecesse ao caso a solução desejada. Dessa forma, uma característica importante presente na resolução, ou na tentativa de resolução, dos três casos ocorridos na Cidade do México e um em Brasília é o desencontro entre os anseios dos familiares e a resposta fornecida pelos mecanismos reparadores. De maneira geral, os mecanismos reparadores, em função do próprio tipo de resposta que fornecem, não conseguiram proporcionar uma resolução mais ampla e contínua para a crise surgida no âmbito familiar e/ou comunitário. Assim, a reparação da crise foi precária e temporária, podendo irromper novamente em episódios sucessivos.

### **O leque das perturbações físico-morais e o reconhecimento da emergência psiquiátrica**

#### **CBMDF e ERUM**

*Paciente psiquiátrico* é a categoria do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal (CBMDF) que abarca todas as perturbações físico-morais relacionadas à loucura. A classificação de um indivíduo como *paciente psiquiátrico* pelos agentes do CBMDF faz alusão à alteração mental e comportamental, sendo que esta última ganha visibilidade através da presença de um comportamento agressivo. Assim, em primeira instância, todo indivíduo apresentando um comportamento agressivo – seja por quais motivos forem: alcoolismo, doença mental, crise emocional, uso de drogas – será considerado pelos bombeiros como um *paciente psiquiátrico*. Com base no nível de agressividade apresentado pelo *paciente psiquiátrico*, os bombeiros geram uma distinção interna à categoria, classificando-os como “grave”, no caso dos indivíduos que ameaçam a vida alheia, ou “menos

grave”, quando o indivíduo perturba a ordem e o equilíbrio de um determinado ambiente sem, no entanto, ser uma ameaça à vida do outro. Dessa maneira, a dimensão física ou orgânica é considerada, mas para os fins do atendimento realizado pelo CBMDF, a dimensão mais relevante é a moral, que afeta não só a vida do paciente, mas também de seu grupo, alterando suas vivências, padrões de interação e gerando constrangimento, angustia, medo, raiva, vergonha. Os agentes do CBMDF, em função de atuarem em uma interface entre saúde e segurança, têm uma dificuldade adicional, que é definir se se trata de um *paciente psiquiátrico* ou de um conflito interpessoal envolvendo agressividade e violência, o que gera uma dúvida classificatória, nos casos em que as circunstâncias são ambíguas.

O leque das perturbações físico-morais relacionadas à categoria *paciente psiquiátrico* manejada pelos agentes dos CBMDF revela a seguinte seqüência: *perturbação psíquica/alcoolizado-drogado/doente mental*, que resume uma gradação de estados considerados *perturbados*. A primeira locução indica um estado de quase normalidade em que as alterações psíquicas ou comportamentais são esporádicas e se refere a um estado que surge no momento em que o indivíduo é exposto a situações de tensão e stress. Empiricamente, as principais características sintomáticas desse estado são o nervosismo, a irritação, confusão, tristeza, introspecção. A segunda locução indica um estado intermediário entre normalidade e anormalidade em que as alterações mentais ou comportamentais são temporárias, cuja principal expressão o comportamento agressivo, elemento fundamental para a inserção do caso na categoria *paciente psiquiátrico*. A terceira locução indica uma anormalidade permanente, que produz incapacidades no indivíduo que a porta, o qual apresentando uma alteração mental e/ou comportamental, principalmente o comportamento agressividade, é inserido na categoria *paciente psiquiátrico*, sendo alvo da atenção emergencial dos agentes do CBMDF. Em função de que a categoria *paciente psiquiátrico* é composta por esse leque de perturbações e que as circunstâncias encontradas nos atendimentos nem sempre se encaixam perfeitamente a uma delas, a fase de classificação desses eventos é, muitas vezes, marcada por uma dúvida classificatória devido à ambigüidade existente na cena do atendimento.

O ERUM não realiza o atendimento às emergências psiquiátricas, é raro que uma ambulância atenda a esse tipo de emergência, em geral, elas são barradas no processo de triagem. Assim, ele não dispõe, como o CBMDF, de uma categoria que possa denominar e incluir todos os indivíduos em emergência psiquiátrica e que abarque as situações ou as circunstâncias reconhecidas como perturbações físico-morais relacionadas à loucura.

Isso faz que o leque das perturbações físico-morais, manejado pelos agentes do ERUM, nas emergências psiquiátricas em que a ambulância, por uma falha do processo de triagem, chega a ir até o local do chamado, seja menos evidente, menos detalhado e menos definido do que aquele manejado pelos agentes do CBMDF. O ERUM não dispõe de um conceito operacional de emergência psiquiátrica, por isso não possui um elemento que seja fundamental para o reconhecimento de determinada situação como tal, à maneira como ocorre no CBMDF em relação ao comportamento agressivo. De maneira que, no reconhecimento de uma emergência psiquiátrica, pelo ERUM, a presença de um comportamento agressivo é um indício importante, entretanto, não é decisiva. Outros indícios ou sintomas devem juntar-se a ele para que o médico da tripulação possa classificar o caso como tal.

No caso em que o comportamento agressivo foi associado a relatos de nervosismo, crise, depressão, angústia, ansiedade, os agentes do ERUM reconheceram que se tratava de uma emergência psiquiátrica. Nesse mesmo caso, a definição sobre se a perturbação é concebida como físico-moral, ou relacionada somente a uma ou a outra dimensão, é difícil de ser percebida. Entretanto, a atuação do rescatista pareceu pender para a percepção do âmbito moral, na medida em que levou em consideração, basicamente, os sentimentos e a auto-representação do paciente. Quando a agressividade esteve associada a embriagues, o caso não foi reconhecido como emergência psiquiátrica e nem sequer como emergência clínica. Contudo, foi reconhecida como uma perturbação moral, isto é, como uma condição de vida considerada irregular e anormal, que afeta eminentemente a vida moral do indivíduo e sua família.

De maneira que, diferentemente do CBMDF, o qual possui um leque de perturbações, associadas a uma categoria específica, o *paciente psiquiátrico*, que está composto por uma seqüência envolvendo três estados perturbados, o ERUM

não possui um leque, mas um conjunto de indícios ou sintomas que, quando associados, remetem a presença de uma perturbação, a qual tampouco se pode definir se é percebida pela imbricação entre o físico/moral ou somente como físico ou como moral. Além disso, outro importante contraste reside no fato de que os casos de alcoolismo e/ou farmacodependência, quando associados ao comportamento agressivo, são percebidos pelo CBMDF como uma emergência psiquiátrica, o que não ocorre no ERUM. A diferença possivelmente está no fato de que, no CBMDF, embora a dimensão moral tenha grande relevância, os agentes não deixam de reconhecer a dimensão orgânica presente nesses atendimentos, na medida em que consideram os efeitos que o álcool e os psicotrópicos podem causar no corpo do paciente e a necessidade de que este receba atenção em uma unidade de saúde para a supressão de tais efeitos. Isso não ocorre no caso do ERUM, o qual apesar de ter um médico na tripulação que, mesmo possuindo informações sobre os efeitos do álcool e dos psicotrópicos no organismo de humano, não considera essa dimensão em seus atendimentos, mas apenas a dimensão moral, o que inclusive faz que os agentes emitam julgamento sobre o indivíduo alcoolizado.

## **FAMILIARES E PACIENTES**

O leque das perturbações físico-morais manejadas por familiares e pacientes nos casos analisados em Brasília é composto, basicamente, por duas categorias: alcoolismo/farmacodependência e doença mental. O alcoolismo e a farmacodependência são percebidos essencialmente pela imbricação da dimensão físico-moral. Isto é, os familiares reconhecem e percebem a existência da dimensão física da perturbação, afirmando que seus familiares apresentam debilidades orgânicas. Entretanto, o motivo pelo qual eles reconhecem a situação como uma emergência é a presença de um comportamento agressivo que causa conflito, crise e alteração dos padrões de interação familiares e/ou comunitários. Subjacente a essa noção de emergência psiquiátrica das famílias está, da mesma maneira que no CBMDF, uma noção de administração da loucura baseada no controle, na exclusão e no isolamento do indivíduo perturbador, como forma de reordenamento daquele espaço.

De toda forma, o reconhecimento de que alcoolismo e farmacodependência causam determinadas debilidades e efeitos sobre o organismo é extremamente importante no que diz respeito ao tipo de mecanismo reparador que foi acionado, pela família, ao constatar que não havia mais recursos, naquele âmbito, para manejar a situação. Essa informação é fundamental para que, ante uma ação agressiva do parente, a família delibere por acionar os bombeiros, profissionais cuja atenção mescla ações pertencentes tanto a área de segurança como a de saúde, em vez de acionar a polícia, que provavelmente classificaria o caso no âmbito da criminalidade. É importante ressaltar que as famílias e grupos comunitários associam o alcoolismo, a farmacodependência e a doença mental ao âmbito da periculosidade, em função do comportamento agressivo, mas não ao âmbito da criminalidade, porque consideram a dimensão orgânica da perturbação. Assim, as perturbações físico-morais utilizadas pelos familiares para definir as situações de emergência psiquiátrica, nesses casos, levam em consideração e reconhecem a dimensão física ou orgânica das categorias que compõem o leque. Entretanto, para os fins do reconhecimento da existência de uma crise em que o grupo familiar e/ou comunitário não dispõe de recursos para manejar e do acionamento de instâncias que possam administrá-la é a dimensão moral da perturbação que é levada em consideração.

Em relação aos casos observados na Cidade do México, há uma ênfase na dimensão física da perturbação. Em um caso, embora o relato familiar fizesse referências ao contexto moral, descrevendo o familiar como agressivo e violento, o que estava causando a apreensão e medo nos familiares, a perturbação foi percebida em grande medida pela presença de uma alteração orgânica, a qual poderia (deveria) ser controlada com a administração de um remédio. No outro caso, o familiar descreveu a perturbação enfatizando a dimensão orgânica e utilizando conceitos advindos do campo da psiquiatria e da biomedicina, denominando-a como esquizofrenia e definido-a como um transtorno neuroquímico. Entretanto, ele percebe que há uma atuação da perturbação na vida moral de seu parente. De modo que, em termos do resultado do tratamento, considerava-se a imbricação entre o físico e o moral, já que o familiar esperava que a ação do remédio pudesse também melhorar a vivência familiar e comunitária do paciente, bem como gerar melhoria em sua auto-estima. Assim, o

leque das perturbações físico-morais, manejado pelos familiares, é composto basicamente por categorias associadas à doença mental. Em um outro caso, o alcoolismo associado à agressividade não foi percebido, pelos familiares, como uma perturbação físico-moral.

Portanto, há que se ressaltar que essas percepções, ainda que considerem a dimensão moral, e que a busca por auxílio tenha ocorrido pela presença do comportamento agressivo, a demanda da família junto aos serviços de saúde enfatizou a intervenção sobre a dimensão orgânica. Essa demanda está também informada pela forma específica de administração da loucura na sociedade mexicana, em que o cuidado e responsabilidade sobre louco estão nas mãos das famílias. Isso porque, ao demandarem uma atenção e intervenção específica sobre a alteração orgânica, é como se essas famílias quisessem esclarecer que estavam recorrendo ao serviço de saúde porque, de fato, tratava-se de um problema de saúde que elas não dispunham de recursos para resolver. O mesmo ocorre com as famílias e grupos comunitários dos casos analisados em Brasília que, ao alegarem a existência do comportamento agressivo, o qual não pode ser manejado com os recursos que dispõem, estão informados pela forma específica de administração da loucura na sociedade brasileira, a qual tem se baseado no controle e repressão do comportamento considerado anormal.

Comparando as percepções das perturbações físico-morais entre familiares de Brasília e da Cidade do México o quadro que se forma é bastante contrastivo. Os familiares de Brasília percebem a co-presença do físico-moral, ao passo que os familiares da Cidade do México enfatizam a dimensão física. De maneira que, o elemento definidor para o reconhecimento da situação como emergencial é, no caso dos familiares de Brasília, a dimensão moral, entretanto, na Cidade do México, é a dimensão física. A administração esperada pelas famílias, na maioria dos casos, combina a intervenção física, através da retirada do paciente do ambiente familiar e comunitário e a subsequente internação, com a química. Em apenas um caso, ocorrido na Cidade do México, o familiar não desejava a internação de seu familiar. Em todos os casos, também havia a expectativa, ainda que ela não tivesse sido expressada diretamente, de que a intervenção química pudesse surtir efeitos na vida moral do paciente e do seu grupo familiar e/ou comunitário. Outro grande contraste entre as percepções dos familiares reside no

fato de que, em Brasília, as famílias reconhecem a associação entre alcoolismo e agressividade como uma perturbação físico-moral e como uma emergência psiquiátrica, entretanto, isso não ocorreu no caso observado na Cidade do México.

O que há de comum entre os pacientes é o fato de rechaçarem qualquer imputação de que seu comportamento está relacionado a uma perturbação físico-moral associada à loucura ou doença mental. Entre os casos os analisados em Brasília e Cidade do México, com exceção de dois ocorridos na Cidade do México – um que não foi reconhecido como emergência psiquiátrica e o outro em que o paciente já estava em tratamento psiquiátrico – em todos os outros os pacientes tentaram livrar-se dessa imputação. Ao fazerem suas defesas os pacientes utilizaram diversos argumentos que deixavam entrever suas percepções em relação às perturbações físico-morais associadas à loucura ou doença mental. Em um caso a paciente associou loucura à agressividade. No outro, a associação foi com doença mental, percebida pela paciente como uma alteração orgânica que gera falta de razão, por isso ela admitiu sofrer algumas perturbações físicas em consequência do alcoolismo, entretanto, autocaracterizou-se como uma pessoa lúcida, autônoma e capaz de agir por vontade própria. Outro suposto paciente reconheceu a dimensão moral da perturbação que afetava seus sentimentos e lhe causava sofrimento emocional, entretanto, negava estar louco, já que associava a loucura a uma alteração orgânica, na perspectiva de uma doença mental. Assim, os pacientes reconhecem a existência de um “problema” que está causando sofrimento e mal-estar, porém isso nada tem a ver com a presença de uma doença mental.

## **UNIDADES DE SAÚDE**

Há uma diferença entre as unidades de saúde comparadas. Em Brasília os casos observados foram atendidos em setores de emergência de um hospital geral e de um hospital psiquiátrico, onde os médicos não podem destinar mais do que uns poucos minutos para a consulta, em geral, menos de cinco. Já na Cidade do México, a observação da consulta ocorreu no Modulo de Salud Mental dentro de um centro de saúde, onde a médica dispunha, em média, de 45 minutos para

cada consulta, entretanto, não dispunha de estrutura para internação, nem de medicamentos para tratamento ambulatorial.

A consulta de ambos os (a) médicos (a) nos setores de emergência do Hospital Regional de Taguatinga e do Hospital São Vicente de Paulo baseou-se em uma ação não verbal, em que explicações e informações não foram solicitadas e tampouco prestadas, o que caracterizou uma falta de interação tanto com paciente como com o familiar e cuja atenção concentrou-se prioritariamente na extinção de sintomas através da intervenção química. De maneira que, em função da falta de interação entre médico, paciente e familiar não foi possível perceber qual era noção de emergência psiquiátrica que estava sendo manejada. Em função de que as intervenções estiveram baseadas na aplicação de medicamentos, é possível deduzir que a perturbação associada à loucura foi percebida pela perspectiva de uma alteração orgânica, sendo que somente essa dimensão foi considerada no âmbito da administração da emergência.

Na Cidade do México, através dos procedimentos adotados durante a consulta, foi possível entrever noção de emergência psiquiátrica manejada pela psiquiatra, bem como sua percepção sobre a situação apresentada pelo paciente. Desse modo, a principal idéia associada à emergência psiquiátrica, pela médica, foi a existência do risco de suicídio. Outra importante associação foi entre emergência psiquiátrica e internação. De forma geral, através do diálogo ela buscou ter subsídios para posicionar-se quanto a essas associações, isto é, se havia risco de suicídio e a necessidade de internação. A psiquiatra classificou e descreveu a perturbação físico-moral, apresentada pelo paciente, com base na classificação médico-psiquiátrica, designando-a como esquizofrenia. Com isso, determinou o fundo orgânico dos sintomas apresentados pelo paciente, entretanto, ao contrário dos médicos brasileiros, ela também considerou o sofrimento moral vivido pelo paciente e, inclusive, foi sobre este aspecto que concentrou sua atuação durante a consulta. Assim, o ponto mais relevante da comparação entre os (a) médicos (a) brasileiros e a psiquiatra mexicana reside no fato de que esta considerou a totalidade da experiência vivida pelo paciente, isto é, observando as diferentes dimensões da vida do sujeito em sua atuação, enquanto aqueles somente consideraram e atuaram sobre a alteração orgânica.

Com exceção de um caso ocorrido na Cidade do México, em todos os outros houve o reconhecimento de um substrato orgânico em relação às perturbações físico-morais envolvidas nas situações de emergência psiquiátrica, principalmente, por parte de médicos (as), paramédicos (as) e familiares. De modo que, subjacente às diversas percepções está o incontestável e irremediável processo de medicalização sofrido pelas sociedades, em que a biomedicina tornou-se o *sistema de cuidado com a saúde* oficial e mais relevante.

## BIBLIOGRAFIA

ALVES, Paulo César *et al.* Introdução. In: RABELO, Miriam Cristina M; ALVES, Paulo César e SOUZA, Iara Maria. **Experiência de Doença e Narrativa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

ALVES, Paulo César; SOUZA, Iara Maria A. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: RABELO, Miriam Cristina M; ALVES, Paulo César e SOUZA, Iara Maria. **Experiência de Doença e Narrativa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2ª ed., 2000.

AUSTIN, J.L. **How to do things with words**. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press, 1997 [1962].

BANDEIRA, M. Reinserção de doentes mentais na comunidade: fatores determinantes de rehospitalizações. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. Vol.42, n.9, p. 491-498, 1993.

BENASSINI, Oscar. La atención Psiquiátrica en México hacia el siglo XXI. In: **Revista Mexicana de Salud Mental**. Ciudad de México, vol 24, n.6, p.62-73, 2001. Disponível em <<http://www.insp.mx>>. Acesso em: 23 de dezembro de 2003.

BRADBURD, Daniel. **Being there: the necessity of fieldwork**. Washington & London: Smithsonian Institution Press, 1998.

BREDA, Mércia Zeviani e AUGUSTO, Lia Giraldo da Silva. O cuidado ao portador de transtorno psíquico na atenção básica de saúde. **Ciência & saúde coletiva**. Vol.6, no.2, p.471-480, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>. ISSN 1413-8123. Acesso em 22 de junho de 2006.

CAMPOS, Célia Maria Sivalli e SOARES, Cássia Baldini. A produção de serviços de saúde mental: a concepção de trabalhadores. **Ciência & saúde coletiva**. Vol.8, no.2, p.621-628, 2003 Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>. ISSN 1413-8123 Acesso em 22 de junho de 2006.

CARDOSO, Ruth C. L. Aventuras de antropólogos em campo ou como escapar das armadilhas do método. In: **Aventura antropológica: teoria e pesquisa**. São Paulo: Editora Paz e terra, 1986.

CARDOSO DE OLIVEIRA, Luís R. Pesquisas *Em* vs. Pesquisas *Com* Seres Humanos. In: **Série antropologia**. Nº 336. Brasília: Departamento de Antropologia/UnB, 2003. Disponível em: [www.unb.br/ics/dan/serie\\_antro.htm](http://www.unb.br/ics/dan/serie_antro.htm). Acesso em: 05 de janeiro de 2006.

CARDOSO DE OLIVEIRA, Roberto. Da Comparação: a propósito de Carnavais, malandros e heróis. In.: GOMES, L.G., BARBOSA, L., DRUMMOND, J. A. (orgs.) **O Brasil não é principiantes**: Carnavais, malandros e heróis, 20 anos depois. Rio de Janeiro: FGV, 2000.

CARRARA, Sérgio. **Crime e loucura**. Rio de Janeiro: Eduerj e Edusp, 1998.

CASTEL, Robert. **Ordem psiquiátrica**: A idade de ouro do alienismo. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

CARVALHO, Janaina de C. **Reconhecimento e medicalização do distúrbio psíquico**: um estudo antropológico sobre os atendimentos psiquiátricos prestados pelo Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal Dissertação (Mestrado em Antropologia) – Dept. de Antropologia, Universidade de Brasília, Brasília, 2002, mimeo.

CARVALHO, Janaina de C. **Sobre a atenção à chamada de emergência psiquiátrica na Central de Comunicações da Secretaria de Seguridad Pública del Distrito Federal – Central 060: uma aproximação etnográfica**. Relatório de pesquisa. Cidade do México, 2005. Relatório. Mimeo.

CHAVES, Wanderson. **Narrativa etnográfica em elaboração**. Brasília: NEPeM/UnB, 2000. Mimeo.

CHAVES, Wanderson. **Masculinidade, sacrifício e sedução: elementos da heroicidade bombeira**. Dissertação (Bacharel em Ciências Sociais com habilitação em Antropologia) – Dept. de Antropologia, Universidade de Brasília, Brasília, 2003, mimeo.

CLIFFORD, James. **A experiência etnográfica: antropologia e literatura no século XX**. GONÇALVES, José Reinaldo Santos (org). Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 1998.

COHEN, Cláudio. A periculosidade social e a saúde mental. In: **Revista Brasileira de Psiquiatria**. São Paulo, vol. 21, n.4, dez.1999.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Processo-consulta CFM N.5553/2004 – Parecer CFM N.8/2005**. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/etica/docs/home/termo.pdf>. Capturado em 16 de janeiro de 2006.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE – MINISTÉRIO DA SAÚDE. Resolução nº.196, de 10 de outubro de 1996. Disponível em: [http://www.pucminas.br/documentos/pesquisa\\_cns.pdf?PHPSESSID=e2e2e31dcaef98d41c614eb2704277a3](http://www.pucminas.br/documentos/pesquisa_cns.pdf?PHPSESSID=e2e2e31dcaef98d41c614eb2704277a3) e <http://www.unb.br/fs/clm/labcor/etic196.htm>.

CRAPANZANO, Vincent. **Hermes' Dilemma and Hamlet's Desire**: on the epistemology of interpretation. Cambridge, Massachusetts and London, England: Harvard University Pres: 1992.

DAMATTA, Roberto. **A casa e a rua**. 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1991.

DAMATTA, Roberto. **Carnavais, malandros e heróis**. Para uma sociologia do dilema brasileiro. Ed. Zahar Editores: Rio de Janeiro, 1979.

DICIONÁRIO BREVE DE MEXICANISMOS. Disponível em: [www.academia.org.mx/dbm/DICAZ/c.htm](http://www.academia.org.mx/dbm/DICAZ/c.htm) . Acessado em: 22 de junho de 2006.

DISTRITO FEDERAL. Ley de Cultura Cívica del Distrito Federal, de 31 de maio de 2004. Gaceta Oficial del Distrito Federal, México-DF, 31 de maio de 2004.

Disponível em:

[http://www.consejeria.df.gob.mx/gaceta/pdf/mayo04\\_31\\_48\\_bis.pdf](http://www.consejeria.df.gob.mx/gaceta/pdf/mayo04_31_48_bis.pdf). Acesso em: 03 de fevereiro de 2005.

DOUGLAS, Mary. **Pureza e perigo**. São Paulo: Perspectiva, 1976.

DUARTE, Luiz Fernando D. **Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor/ CNPq. 1986.

DUARTE, Luiz Fernando D. Investigação antropológica sobre doença sofrimento e perturbação: uma introdução. In: DUARTE, Luiz Fernando Dias e LEAL, Ondina Fachel (org.). **Doença, Sofrimento, Perturbação: perspectivas etnográficas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

DUARTE, Luiz Fernando D. Indivíduo e pessoa na experiência da saúde e da doença. **Ciência & saúde coletiva**. Vol.8, no.1, p.173-183, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br> . ISSN 1413-8123. Acesso em 22 de junho de 2006

ELIAS, Norbert. **The Civilizing Process**. Oxford/Cambridge: Blackwell Publishers Ltd, 1995.

ENGEL, Magali Gouveia. The frontiers of 'abnormality': psychiatry and social control. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**. Vol.5, no.3, p.547-563, Nov. 1998/Feb. 1999 Disponível em : <http://www.scielo.br>. ISSN 0104-5970. Acessado em 14 de julho de 2006.

FOUCAULT, M. **A História da Loucura na idade clássica**. São Paulo: Perspectiva. 1978.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e Punir: A história das violências nas prisões**. Petrópolis: Vozes, 1977.

FOUCAULT, Michel. **Nascimento da clínica**. 5.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1998.

FRANÇA, Antônio Carlos de Souza Leão Galvão. **Fundamentos para uma clínica ressocializadora: análise de uma experiência de residência em saúde**

mental no DF. Brasília, 2001. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Dept. de Psicologia, UnB, 2001.

FRANKENBERG, Ronald. Unidas por la diferencia, divididas por la semejanza: la alegremente dolorosa posibilidad de la colaboración entre medicina y antropología. In: **Cuadernos de Antropología Social**. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires, n.17, agosto, 2003.

GARCIA-SILBERMAN, Sarah. Un modelo explicativo de al conducta hacia la enfermedad mental. In: **Saúde Pública de México**, vol.44, n.4, julho-agosto, 2002. Disponível em <http://www.insp.mx/salud/index.html>. Acessado em 23 de dezembro de 2003.

GEERTZ, Clifford. Blurred Genres: the refiguration of social thought, **American Scholar**. Spring, p.165- 179, 1980a.

GLUCKMAN, M. Foreword. In: TURNER, V. **Schism and continuity in an African**: a study of Ndembu village life. Manchester – Lusaka: Manchester University Press – The Institute for African Studies University of Zambia, 1957.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, Prisões e Conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1972[1961].

GOLDE, Peggy. **Women in the field**: anthropological experiences. Chicago: Aldine Publishing Company, 1970.

GORN, Shoshana Berenzon, et. al. Servicios de salud mental: venticinco años de investigación. **Salud mental**. Ciudad de México, Vol. 26, n.5, out.2003. Disponível em: [http://www.impcdsm.edu.mx/revista\\_sm](http://www.impcdsm.edu.mx/revista_sm). Acessado em 07 de janeiro de 2003.

JAKOBSON, R. **Lingüística e comunicação**. São Paulo: Ed. Cultrix, 2001, 18ª ed.

KLEINMAN, Arthur. **Patients and healers in the contest of culture**. Berkeley, Los Angeles e London: University of California Press, 1980.

KLEINMAN, Arthur. **Rethinking psychiatry**. New York, London: The Free Press e Collier Macmillan Publishers, 1988.

KONDO, Dorine. The way of tea: a symbolic analysis. In: **Man**, New Series, Vol. 20, nº 2, p 287-306, Jun. 1985. Disponível em: <http://www.jstor.org>. Acesso em: 05 de fevereiro de 2006.

LADERMAN, Carol; ROSEMAN, Marina. Introdução. **The Performance of healing**. London: Routledge, 1996.

LAPLANTINE, Francois. **Antropologia da doença**. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

LARTIGUE, Tereza. Una aproximación del Estado actual de la salud mental en México. In: **Revista Mexicana de Psicología**. Vol. 1, nº 1, enero-junio, 1984.

LEWIS, Gilbert. Cultural influences on illness behavior: a medical anthropological approach. In: Eisenberg, L. e Kleinman, A. **The relevance of social science for medicine**. Dordrecht: D. Reidel Publishing Company, 1981.

LEACH, Edmund. Ritualization in man. In: LESSA, W. & VOGT (eds). **Reader in comparative religion**. New York: Harper & Row, 1972[1966].

MACHADO, Lia Zanotta. Entre o inferno e o Paraíso. Saúde, direitos e conflitualidades. In: **Série antropologia**. Brasília: Departamento de Antropologia da UnB, nº 342, 2003.

MACHADO, Roberto, et al. **Medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

MAIA, Rousiley C.; FERNANDES, Adélia B. O movimento antimanicomial como agente discursivo na esfera pública. In: **Revista Brasileira de Ciências Sociais**. São Paulo: vol.17, n.48, fev.2002. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Capturado em 06 de novembro de 2003.

MALINOWSKI, Bronislaw. O problema do significado em linguagens primitivas. In: OGDEN, C. K. e RICHARDS, I.A.(orgs). **O significado de significado: um estudo da influência da linguagem sobre o pensamento e sobre a ciência do simbolismo**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1976.

MARTINS, Cristian. **Identidade ameaçada: uma interpretação etnográfica dos bombeiros do distrito federal**. Dissertação (Bacharel em Ciências Sociais com habilitação em antropologia) – Dept.de Antropologia, Universidade de Brasília, Brasília, 2003.

MARCUS, George E. O que vem (logo) depois do pós: o caso da etnografia. In: **Revista de Antropologia**. São Paulo, v.37, 1994, USP.

MEDEIROS, Soraya Maria de e GUIMARAES, Jacileide. Cidadania e saúde mental no Brasil: contribuição ao debate. **Ciênc. saúde coletiva**. Vol.7, no.3, p.571-579, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br>. ISSN 1413-8123. Acessado em 22 de junho de 2006.

MÉXICO. **Projeto de lei, de 05 de dezembro de 2002**. Reforma y Adiciona Diversas disposiciones de la Ley General de Salud para establecer la gratuidad de la atención a la salud mental y la inserción social de quienes padecem de disfunciones psiquicas. Autoria: Deputada Julieta Pietro Furhken. Câmara dos Diputados de la Quincuagésima Octava Legislatura del Congreso de la Unión. Disponível em <http://www.diputados.gob.mx>. Acessado em 22 de dezembro de 2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Pacientes de saúde mental se recuperam melhor em convívio social**. Brasília, 18 de maio de 2006. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 07 de junho de 2006.

MORA-RIOS, Jazmín Mora, et al. Construcción de significados acerca de la salud mental em población adulta de una comunidad urbana marginal. In: **Salud mental**. Ciudad de México, Vol. 26, n.5, out.2003. Disponível em: [http://www.impcdsm.edu.mx/revista\\_sm](http://www.impcdsm.edu.mx/revista_sm). Acesso em: 07 de janeiro de 2004.

MORA-RIOS, Jazmín; ITO-SUGIYAMA, Ma Emily. Emotional ailments, help-seeking behaviors and care expectancies in a marginal-urban community. **Salud pública Méx**. Vol.47, no.2, p.145-154, Mar./Apr. 2005. Disponible em: <http://www.scielosp.org> ISSN 0036-3634. Acesso em: 25 de junho de 2006.

NASCIMENTO, Nívio C. **Entre as leis e o mundo**: polícia e administração de conflito numa perspectiva comparada. Tese (Doutor em Antropologia Social) – Dept. de Antropologia, Universidade de Brasília, Brasília, 2003.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD. **Evaluación de los servicios de salud en la República Mexicana**. 2004. Disponível em: <http://www.paho.org/spanish/mex/MEXEvalSaludMental04.htm>. Acesso em: 24 de junho de 2006.

PAZ, Octavio. **El laberinto de la soledad**. México – DF: Fondo de Cultura Económica, 2004 [1950].

PAZ, Octavio. **Vislumbres da Índia**. São Paulo: ARX, 1996.

PEIRANO, Mariza G. S. **O dito e o feito**: ensaios de antropologia dos rituais. Rio de Janeiro: Relumê Dumará, 2001.

PEIRANO, Mariza G.S.(org. e intro.) Analises de rituais e eventos. In: Análises de rituais. **Série antropologia**. Brasília: Departamento de Antropologia da UnB, nº 283, 2000.

PEIRCE, C. S. **Semiótica**. São Paulo: Ed. Perspectiva, 2000, 3ª ed.

PEREIRA-NETO, André de F. A profissão médica em questão (1922): dimensão histórica e sociológica. **Cad. Saúde Pública**. Vol.11, no.4, p.600-615, out./dez. 1995. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 13 de janeiro de 2006.

PEREIRA NETO, André de Faria. **Ser Médico no Brasil**: o presente no passado. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

PULIDO-ESTEVA, Diego. **Imágenes de la locura em el discurso de al modernidad**: salud mental y ordem social, a través de las visiones médica, criminológica, legal y literaria (Ciudad de México, 1881-1910). Tesis (Licenciado en História) - Facultad de Filosofía y Letras, Universidade Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, 2004.

RABELO, Miriam Cristina M. Narrando a doença mental no Nordeste de Amaralina: relatos como realizações práticas. In: RABELO, Miriam Cristina M; ALVES, Paulo César e SOUZA, Iara Maria. **Experiência de Doença e Narrativa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

RABELO, Miriam Cristina M. e ALVES, Paulo César. Tecendo o *self* e emoção nas narrativas de nervoso. RABELO, Miriam Cristina M; ALVES, Paulo César e SOUZA, Iara Maria. **Experiência de Doença e Narrativa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

REGO, Carolina Noura de Moraes. **Da loucura ao sofrimento mental**: o Instituto de Saúde Mental no Distrito Federal. Dissertação (Mestrado em História) – Dept. de História, Universidade de Brasília, Brasília, 2002.

RESENDE, H. Política de Saúde Mental no Brasil: uma visão histórica. In: Silvério Almeida Tundis e Nilson do Rosário Costa (Org.). **Cidadania e Loucura** - políticas de saúde mental no Brasil. 2 ed. Petrópolis: Vozes, 1990.

RIBEIRO, Liliâne Brum. **Novas exigências para as pesquisas antropológicas: o uso do Consentimento Informado**. (s.d). Disponível em: <[www.antropologia.com.br/colu/colu18.htm](http://www.antropologia.com.br/colu/colu18.htm)>. Acesso em: 04 de janeiro de 2006.

ROTELLI, F. e AMARANTE, P. Reforma psiquiátrica na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos. In: Bezerra Júnior, B. (org.). **Psiquiatria sem hospício**: contribuições à reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1990.

RYAN, R.J *et al.* **Características demográficas de pacientes mentales y la posibilidad de recaída**. Reporte interno, Instituto Mexicano de Psiquiatria, 1981.

SACRISTÁN, Maria Cristina. ¿Quién me metió en el manicomio? El internamiento de enfermos mentales en México, siglos XIX y XX. In: **Relaciones, Estudios de Historia y sociedad**. Vol. XIX, n. 74, pp. 201-233, 1998

SACRISTÁN, Maria Cristina. **Loucura y justicia en México en el siglo XIX**. In: Revista del residente de psiquiatria. Vol. 5, nº. 3, p.12-17, julio-septiembre 1994.

SALCEDO-GÓMEZ, Mariana. **La construcción social de la enfermedad mental y la experiencia vivida del sujeto**: una lectura antropológica. Tesis (Licenciada en Antropología Social). Escuela Nacional de Antropología e Historia, México-DF, 2002.

SCHECHNER, R. Ritual and performance. In: INGOLD, T (ed). **Companion Encyclopedia of Anthropology**. London and New York: Routledge, 2005 [1994].

SECRETARIA DE SALUD. **Modelo Hidalgo de Atención en Salud Mental**. Disponível em <http://www.salud.gob.mx/unidades/dgrppcgh>. Acesso em 08 de janeiro de 2004.

SECRETARIA DE SALUD. **Comunicado de Prensa** nº. 130, de 19 de junho de 2003 e nº, 133 de 22 de junho de 2003. Disponível em: [http://www.salud.gob.mx/ssa\\_app/noticia/datos](http://www.salud.gob.mx/ssa_app/noticia/datos). Acesso em: 08 de janeiro de 2004.

SECRETARIA DE SALUD. **NOM-020-SSA2-1994: Norma Oficial Mexicana para la prestación de servicios de atención médica en unidades móviles tipo ambulância**. 1994a. Disponível em: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/020ssa24.html>. Acesso em: 22 de janeiro de 2004.

SECRETARIA DE SALUD. **NOM-025-SSA2-1994: Norma Oficial Mexicana para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria medico-psiquiatrica**. 1994b. Disponível em: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/025ssa24.html>. Acesso em: 01 de julho de 2006.

SEEGER, Anthony. **Os índios e nós: estudos sobre sociedades tribais brasileiras**. Rio de Janeiro: Editora Campus, 1980.

SIERRA, Arturo. **Dan Chance a Borrachitos**. Disponível em: [www.fisac.org.mx](http://www.fisac.org.mx). Acesso em: 10 de março de 2005.

SILVA, Kelly Cristiane. Que venha uma nova mulher: notas sobre um ritual de atendimento feminista para vítimas de violência doméstica. In: PEIRANO, Marisa G.S (org e intro). **Análises de Rituais**. Série Antropologia. Brasília: Dept. de Antropologia/UnB, 2000.

SOUZA, Iara Maria A. Na trama da doença: uma discussão sobre redes sociais e doença mental. RABELO, Miriam Cristina M; ALVES, Paulo César e SOUZA, Iara Maria. **Experiência de Doença e Narrativa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

TAMBIAH, S. J. **Culture, Thought and social action: an anthropological perspective**. Cambridge, Massachusetts, and London, England: Harvard University Press, 1985.

TENÓRIO, F. “A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito”. In: **História, Ciências e saúde – Manguinhos**. Rio de Janeiro, vol.9, n.1, p. 25-59, jan-abr, 2002.

TURNER, Victor. **Schism and continuity in an African: a study of Ndembu village life**. Manchester – Lusaka: Manchester University Press – The Institute for African Studies University of Zambia, 1957.

TURNER, Victor. **On the edge of the bush**. TURNER, Edith L.B (ed.). Tucson: The University of Arizona Press, 1985.

TURNER, Victor. **Dramas, fields and metaphors**: symbolic action in human society. Ithaca and London: Cornell University Press, 1974.

TURNER, Victor. **The ritual process**. London: Routledge & Kegan Paul, 1969.

VALENCIA, M. e SALDIVA, G. Seguimiento comunitário de pacientes esquizofrênicos. **Anales**. IV. Reseña de la VIII Reunión de Investigación. Instituto Mexicano de Psiquiatria, 1993.

VICTORA, Ceres G. **Relatório sobre a palestra Ética na antropologia realizada no Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde pública da USP**. 2005. Disponível em: [www.abant.org.br/downloads/documentos/ceres\\_victora.pdf](http://www.abant.org.br/downloads/documentos/ceres_victora.pdf)  
Acesso em: 04 de janeiro de 2006.

VILLARES, Cecília C., REDKO, Cristina P. e MARI, Jair J. “Concepções de doença por familiares de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia”. **Rev. Bras. Psiquiatria**. Vol.21, no.1, p.36-47, jan./mar. 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br> . ISSN 1516-4446. Acesso em 23 de junho de 2006.

